



Gestão Municipal de Saúde

Leis, normas e portarias atuais

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro
José Serra

Secretaria de Políticas de Saúde
Secretário
Cláudio Duarte da Fonseca

Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos
Diretor Técnico e Responsável pela Coordenação
Paulo Henrique d'Angelo Seixas

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS)

Presidente
Fernando Cupertino de Barros

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

Presidente
Silvio Mendes de Oliveira Filho

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO)

Presidente
José Carvalho de Noronha

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)

Representante no Brasil
Jacobo Finkelman



Gestão Municipal de Saúde

Leis, normas e portarias atuais

Copyright © 2001 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados ao
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ISBN: 85-334-0409-3

Capa e Projeto Gráfico
Carlota Rios e Tania Grillo

Editoração Eletrônica
Ramon Carlos de Moraes

Supervisão Editorial
M. Cecilia G. B. Moreira

Editor Responsável
João Carlos Canossa Mendes

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

B823g Brasil. Ministério da Saúde
Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais. Rio de
Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

232 p.

1.SUS (BR). 2.Legislação sanitária.

CDD - 20.ed. - 362.1068

2001
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos
Esplanada dos Ministérios - Bloco "G" - Edifício Sede - 7º andar - salas 708/710
70058-900 - Brasília - DF
Tels.: (0xx 61) 315-2846/2860
Fax: (0xx 61) 315-2862

ORGANIZADORES



Janete Lima de Castro

Enfermeira, mestre em Administração, vice-coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Pedro Miguel dos Santos Neto (Coordenação Executiva)

Médico, mestre em Saúde Pública e consultor da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde

Soraya Almeida Belisário

Médica, mestre em Saúde Pública, professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais



Prefácio
9

Apresentação
11

Constituição Federal 1988; Título VIII *Da Ordem Social*,
Seção II *Da Saúde*
13

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990
15

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990
35

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde,
de 6 de novembro de 1996
39

Portaria nº 3.925, de 13 novembro de 1998
83

Portaria nº 176, de 8 de março de 1999
113

Portaria nº 507, de 23 de abril de 1999
117

Portaria nº 1.077, de 24 de agosto de 1999 **119**

Portaria nº 1.008, de 8 de setembro de 2000
123

Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001, e Norma Operacional de
Assistência à Saúde, de 26 de janeiro de 2001
129



PREFÁCIO

Portaria nº 17, de 13 de fevereiro de 2001	187
Portaria nº 483, de 6 de abril de 2001	191
Instrução Normativa nº 01, em 6 de abril de 2001	195
Instrução Normativa nº 02, em 6 de abril de 2001	221
Portaria nº 39, de 19 de abril de 2001	227

UMA TAREFA PRIORITÁRIA

A presente publicação é especialmente dirigida aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e resulta de trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e a Organização Pan-Americana de Saúde.

Com ela pretende-se contribuir para consolidar a descentralização do SUS. Esta descentralização já é uma realidade em 98% dos municípios, que são gestores plenos da atenção básica ou do sistema em seus respectivos âmbitos.

Concluir e consolidar essa municipalização da gestão do SUS é uma firme prioridade do Ministério da Saúde. As funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria – inerentes à gestão do SUS – representam condições essenciais para o alcance da resolubilidade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, alvo final de todos os esforços em curso.

Entre as condições de descentralização criadas, vale a pena mencionar a divisão das responsabilidades entre as três esferas de governo e as parcerias entre os gestores federal, estaduais e municipais, além da aprovação de preceitos constitucionais e legais que garantem recursos financeiros regulares, em particular a Emenda Constitucional nº 29.

O fortalecimento da gestão municipalizada do SUS constitui uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção

APRESENTAÇÃO



Considerando a relevância do papel do município no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), assumiu a responsabilidade de promover um processo de capacitação de gestores municipais que responda, de maneira adequada, às exigências deste momento de mudança no poder público municipal.

Tal iniciativa, pioneiramente desenvolvida no ano de 1998, em caráter mais restrito, evidenciou sua importância, pertinência e necessidade de ampliação.

O propósito de contemplar todos os gestores municipais de saúde, envolvendo as secretarias estaduais e as instituições formadoras, tem em vista reforçar a integração destas instituições e garantir a qualidade do processo de capacitação. Este processo tem por objetivo contribuir para consolidar a descentralização do SUS, uma realidade inegável, visto que quase a totalidade dos municípios brasileiros – mais de 98% – já é gestor pleno da Atenção Básica ou do Sistema em seus respectivos âmbitos.

Consolidar a municipalização da gestão do SUS é uma prioridade na qual o Ministério da Saúde está firmemente empenhado, o que, em última instância, significa a própria efetivação deste Sistema. As funções de coordenação articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria – inerentes à gestão do SUS – constituem, na realidade, condições essenciais para o alcance da resolutividade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados à população, alvo final de todos esforços em curso.

É importante assinalar que, também no âmbito da gestão do SUS, têm sido registrados importantes avanços e criadas condições estratégicas para consolidar a descentralização. Entre elas, destacam-se a definição das responsabilidades dos níveis de gestão do SUS e as parcerias estabelecidas cotidianamente entre os gestores federal, estaduais e municipais, além dos preceitos constitucionais e legais que garantem recursos financeiros regulares, em particular a Emenda Constitucional nº 29.

O fortalecimento da gestão descentralizada constitui estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população às medidas dirigidas

à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tal fortalecimento depende, todavia, da participação decisiva dos secretários de saúde e dos prefeitos, o que de fato já vem ocorrendo na grande maioria dos municípios e propiciando os avanços obtidos.

A iniciativa da publicação deste *Gestão Municipal de Saúde*, em dois volumes – *Textos básicos* e *Leis, normas e portarias atuais* –, e a realização dos Cursos de Atualização para Gestores Municipais são de grande relevância na medida em que tornam disponíveis informações fundamentais, configurando, ao mesmo tempo, fórum privilegiado para o intercâmbio e a discussão de propostas de ação.

As limitações inerentes a um desafio de tais dimensões não permitiram a abordagem da totalidade de atividades e ações desenvolvidas no âmbito do SUS, todas importantes e de interesse no dia-a-dia do gestor de saúde. Procurou-se, contudo, abordar aquelas identificadas como as de primeira hora, de necessidade mais imediata ao desempenho da gestão municipal.

No volume *Textos básicos* está reunido material produzido especificamente para subsidiar as discussões a serem realizadas nos cursos, como também textos já publicados em iniciativas anteriores. Em respeito às peculiaridades regionais, a organização do volume obedece a uma lógica em que os temas foram dispostos em ordem alfabética, não interferindo, portanto, na forma como cada Coordenação Estadual abordará os mesmos.

No volume *Leis, normas e portarias atuais* procurou-se identificar tanto os conteúdos indispensáveis ao bom desempenho das funções dos gestores, quanto aqueles referenciados nos textos de apoio (como algumas portarias, por exemplo). Por se tratar de textos amplamente divulgados, pelo *Diário Oficial da União* e até mesmo pela Internet, optou-se por publicar apenas o texto da lei, eliminando-se os anexos, à exceção da Norma Operacional de Assistência à Saúde, da Portaria 3.925 e da Instrução Normativa nº 01, pela importância do teor destes para efeitos do Curso.

Esperamos, assim, estar contribuindo para uma melhor atuação dos gestores municipais do país, como também para o incentivo de ricas e produtivas iniciativas conjuntas de trabalho.

Para finalizar, gostaríamos de lembrar que tais iniciativas –o Curso e ambos os volumes do livro *Gestão Municipal de Saúde* (devem ser entendidas à luz de todo um processo, ou seja, como um dos componentes do Programa Nacional de Capacitação de Gestores Municipais, aos quais certamente se somarão outros que deverão ser desenvolvidos paralelamente e posteriormente ao mesmo.

Os Organizadores



TÍTULO VIII

Da Ordem Social

SEÇÃO II

Da Saúde

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do Art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 199 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Parágrafo 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Parágrafo 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Parágrafo 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

Parágrafo 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200 - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e da fiscalização da produção, do transporte, da guarda e da utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.



LEI Nº 8.080,
DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

•

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Parágrafo 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Parágrafo 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

Do Sistema Único de Saúde

Disposição Preliminar

Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

Parágrafo 2º - A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar.

Capítulo I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º - São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no parágrafo 1º, do artigo 2º desta Lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e a execução da política de sangue e seus derivados.

Parágrafo 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Parágrafo 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Parágrafo 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta Lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III - participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Capítulo II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Capítulo III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I, do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10 - Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

Parágrafo 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

Parágrafo 2º - No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11 - (VETADO)

Art. 12 - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13 - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14 - Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Capítulo IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16 - À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho.

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária.

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

- IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento de sua atuação institucional;
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XV - promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- XVIII - elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS, ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17 - À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;
- III - prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) de vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição; e
 - d) de saúde do trabalhador.
- V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18 - À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, do controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador.

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana, e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e com os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no artigo 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação;

XII - normatizar complementarmente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19 - Ao Distrito Federal compete as atribuições reservadas aos estados e aos municípios.

TÍTULO III

Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde

Capítulo I

Do Funcionamento

Art. 20 - Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21 - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22 - Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23 - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

Parágrafo 1º - Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

Parágrafo 2º - Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados, sem qualquer ônus para a Seguridade Social.

Capítulo II

Da Participação Complementar

Art. 24 - Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único - A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25 - Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26 - Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo 1º - Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, aludida neste artigo, a direção nacional do SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade dos serviços contratados.

Parágrafo 2º - Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

Parágrafo 3º - (VETADO).

Parágrafo 4º - Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no SUS.

TÍTULO IV

Dos Recursos Humanos

Art. 27 - A política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

- I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO).

III - (VETADO).

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28 - Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

Parágrafo 1º - Os servidores que legalmente acumulam 2 (dois) cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo 2º - O disposto no parágrafo anterior, aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou funções de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29 - (VETADO).

Art. 30 - As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

Do Financiamento

Capítulo I

Dos Recursos

Art. 31 - O orçamento da Seguridade Social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de previdência social e da assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32 - São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

- I - (VETADO);
- II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- III - ajuda, contribuições, doações e donativos;
- IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Parágrafo 1º - Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

Parágrafo 2º - As receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

Parágrafo 3º - As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

Parágrafo 4º - (VETADO).

Parágrafo 5º - As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita próprias das instituições executoras.

Parágrafo 6º - (VETADO).

Capítulo II

Da Gestão Financeira

Art. 33 - Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Parágrafo 1º - Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo 2º - (VETADO).

Parágrafo 3º - (VETADO).

Parágrafo 4º - O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34 - As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde, observado critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no orçamento da Seguridade Social.

Art. 35 - Para estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios será utilizada a combinação de critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo.

Parágrafo 1º - Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

Parágrafo 2º - Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

Parágrafo 3º - (VETADO).

Parágrafo 4º - (VETADO).

Parágrafo 5º - (VETADO).

Parágrafo 6º - O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Capítulo III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36 - O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Parágrafo 1º - Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

Parágrafo 2º - É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37 - O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38 - Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 39 - (VETADO).

Parágrafo 1º - (VETADO).

Parágrafo 2º - (VETADO).

Parágrafo 3º - (VETADO).

Parágrafo 4º - (VETADO).

Parágrafo 5º - A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

Parágrafo 6º - Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

Parágrafo 7º - (VETADO).

Parágrafo 8º - O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às secretarias estaduais e municipais de saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas médico-hospitalares e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas.

Art. 40 - (VETADO).

Art. 41 - As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42 - (VETADO).

Art. 43 - A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44 - e seus parágrafos (VETADOS).

Art. 45 - Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

Parágrafo 1º - Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

Parágrafo 2º - Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46 - O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecerá mecanismos de incentivo à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e dos institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47 - O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de 2 (dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48 - (VETADO).

Art. 49 - (VETADO).

Art. 50 - Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos sistemas unificados e descentralizados de saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51 - (VETADO).

Art. 52 - Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta Lei.

Art. 53 - (VETADO).

Art. 54 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55 - São revogadas a Lei nº 2.312 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.



LEI Nº 8.142,
DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º - O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

Parágrafo 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

Parágrafo 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Parágrafo 3º - O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Parágrafo 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.

Art. 2º - Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, iniciativa do poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º - Os recursos referidos no inciso IV do artigo 2º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no artigo 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo 1º - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no artigo 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no parágrafo 1º do mesmo artigo.

Parágrafo 2º - Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos municípios, afetando-se o restante aos estados.

Parágrafo 3º - Os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do artigo 2º desta Lei.

Art. 4º - Para receberem os recursos, de que trata o artigo 3º desta Lei, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição partidária de acordo com o Decreto

nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o parágrafo 4º do artigo 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos municípios, ou pelos estados, ou pelo Distrito Federal dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos estados ou pela União.

Art. 5º - É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, o órgão autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 01/96



Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresento esta edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96, resultado de amplo e participativo processo de discussão, que culminou com a assinatura da Portaria nº 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

Não poderia deixar, neste momento, de fazer referência ao ex-Ministro Adib Jatene que, ao definir um processo democrático de construção desta Norma, possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade, desde os gestores do Sistema nas três esferas de governo, até usuários, prestadores de serviços e profissionais de saúde em vários fóruns e especialmente no Conselho Nacional de Saúde.

A NOB 96 é decorrente, sobretudo, da experiência ditada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores - em especial da NOB 1993 - o que possibilitou o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros.

Como instrumento de regulação do SUS, esta NOB, além de incluir as orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá conseqüência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil.

Espero que esta edição seja mais um mecanismo de divulgação e disseminação de informações importantes para o Setor Saúde, possibilitando o engajamento de todos no sentido da sua implementação e, também, na definição de medidas de ajuste e aperfeiçoamento deste instrumento.

Carlos César de Albuquerque
Ministro da Saúde

1. INTRODUÇÃO

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas, editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

2. FINALIDADE

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e

do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (artigo 30, incisos V e VII, e artigo 32, parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde (artigo 30, inciso VII), como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (artigo 30, inciso V).

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos

familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

- a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada nos âmbitos ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e
- c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas – planejamento, comando e controle – são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS-Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm de estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB, gerência é conceituada como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que,

necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

A operacionalização das condições de gestão, propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alcançados pelos estados e pelos municípios, na construção de uma gestão plena.

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta NOB, é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal, de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem como pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores do SUS.

A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de

alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a conseqüente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida eqüidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.

5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo ao gestor estadual a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada de outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados)

situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutiva, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer

esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual,

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

- a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
- b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
- d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
- e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de

- ciência e tecnologia;
- f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
 - g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
 - h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
 - i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
 - j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados; e
 - k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;
 - l) implementação de mecanismos visando à integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

No que respeita ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam:

- a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;
- b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;
- c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais, compondo, assim, o SUS-Nacional; e
- d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor

federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam ao SUS maior eficiência com qualidade, quais sejam:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT.

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

- a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços no setor saúde;
- b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detêm, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;
- c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;
- d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos

- de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;
- e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;
 - f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;
 - g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;
 - h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem como a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;
 - i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;
 - j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;
 - k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem como de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;
 - l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
 - m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem como de produção de serviços e de insumos críticos;
 - n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de

- referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;
- o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;
 - p) o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;
 - q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;
 - r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;
 - s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;
 - t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;
 - u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do Poder Executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da

Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos, são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma.

9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, a atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

- a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e
- b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

O primeiro propósito é possível porque, com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário – os municípios –, quanto a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada – o poder municipal – apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população.

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece tão-somente nas instâncias colegiadas formais – conferências e conselhos – mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento.

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação

aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do Cartão SUS-Municipal, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o país. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

O segundo propósito é factível, na medida em que estão perfeitamente identificados os elementos críticos essenciais a uma gestão eficiente e a uma produção eficaz, a saber:

- a) a clientela que, direta e imediatamente, usufrui dos serviços;
- b) o conjunto organizado dos estabelecimentos produtores desses serviços; e
- c) a programação pactuada, com a correspondente orçamentação participativa.

Os elementos, acima apresentados, contribuem para um gerenciamento que conduz à obtenção de resultados efetivos, a despeito da indisponibilidade de estímulos de um mercado consumidor espontâneo. Conta, no entanto, com estímulos agregados, decorrentes de um processo de gerenciamento participativo e, sobretudo, da concreta possibilidade de comparação com realidades muito próximas, representadas pelos resultados obtidos nos sistemas vizinhos.

A ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acrítico e desregulado, é um risco que pode ser minimizado pela radicalização na reorganização do SUS: um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada.

Esses dois balizamentos são objeto da programação elaborada no âmbito municipal, e sujeita à ratificação que, negociada e pactuada nas instâncias estadual e federal, adquire a devida racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades.

Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente NOB constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção

única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais. Nessa circunstância, o método para conhecimento da realidade complexa e para a realização da intervenção necessária fundamenta-se mais na síntese do que nas análises, agregando, mais do que isolando, diferentes fatores e variáveis.

Os conhecimentos – resultantes de identificações e compreensões – que se faziam cada vez mais particularizados e isolados (com grande sofisticação e detalhamento analítico) devem possibilitar, igualmente, um grande esforço de visibilidade e entendimento integrador e globalizante, com o aprimoramento dos processos de síntese, sejam lineares, sistêmicos ou dialéticos.

Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, a valorização da informação informatizada.

Além da ampliação do objeto, da mudança do método e da tecnologia predominantes, enfoque central deve ser dado à questão da ética. O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo

que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros setores, visando à criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1. Responsabilidade

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

Conforme determina o artigo 194 da Constituição Federal, a saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a “diversidade da base de financiamento”.

Já o artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.

10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha

de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS – a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) – está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação pela SES da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na CIB e aprovada pelo CES, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério,

e executados de acordo com a legislação pertinente.

10.4. Tetos Financeiros dos Recursos Federais

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e aos serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após a negociação na CIB e aprovação pelo CES. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CTI - observadas as reais disponibilidades financeiras do MS - e formalizado em ato do Ministério.

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), também definido consoante à programação integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB - observados os limites do TFGE - e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.

Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

As obrigações que vierem a ser assumidas pelo Ministério da Saúde, decorrentes da implantação desta NOB e que gerem aumento de despesa, serão previamente discutidas com o Ministério do Planejamento e Orçamento e o Ministério da Fazenda.

11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

11.1. Programação Pactuada e Integrada (PPI)

11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

11.1.2. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.

11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

11.1.4. A Programação observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na programação do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.

11.1.5. A União define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle - inscritas na programação pelo estado e seus municípios - incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.

11.1.6. A elaboração da programação observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos Conselhos.

No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.

11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

11.2.1. O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional.

11.2.2. Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando ao pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais – tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários – e o rigoroso monitoramento da

regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços.

11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação dos recursos.

11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridade de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa destas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.

12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor *per capita* nacional único – base de cálculo deste Piso – são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o país. O valor *per capita* nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A transferência total do PAB será suspensa no caso da não-alimentação, pela SMS junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos.

12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando integradamente à rede municipal, equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS) com base em normas da direção nacional do SUS.

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100%

da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor *per capita* nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a este Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

A ausência de informações que comprovem a produção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência deste acréscimo.

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

É um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado.

O órgão competente do MS formaliza, por portaria, esse elenco a partir de negociação na CIT e que deve ser objeto da programação integrada quanto a sua oferta global no estado.

A CIB explicita os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, que integram os tetos financeiros da assistência dos

municípios em gestão plena do sistema de saúde e os que permanecem sob gestão estadual. Neste último, o valor programado da FAE é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão das SES definidas nesta NOB. Não integram o elenco de procedimentos cobertos pela FAE aqueles relativos ao PAB e os definidos como de alto custo/complexidade por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS. O TFAM é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB e destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do município (exceção feita àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES. O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores são transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de municípios do estado (PAB e TFAM).

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da assistência do estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos pela CIT e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados

contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores estão incluídos no TFA do estado e do município e são executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. Para municípios e estados que recebem transferências de tetos da assistência (TFAM e TFAE, respectivamente), conforme as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, os valores relativos à remuneração por serviços produzidos estão incluídos nos tetos da assistência, definidos na CIB.

A modalidade de pagamento direto, pelo gestor federal, a prestadores de serviços ocorre apenas nas situações em que não fazem parte das transferências regulares e automáticas fundo a fundo, conforme itens a seguir especificados.

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e fatura de serviços.

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento este que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

O MS é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão semiplena da NOB 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles estados em condição de gestão convencional.

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), bem como outros fatores e ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada Estado. Esses fatores e índices integram o teto financeiro da assistência do município e do respectivo estado.

13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Os recursos da esfera federal destinados à vigilância sanitária configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congêneres, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, dos estados, conforme condições estipuladas nesta NOB. O PBVS somente será transferido a estados para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor *per capita* nacional único – base de cálculo deste Piso –, são definidos em negociação na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária – SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos

municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o país. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IvISA)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT, e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, e observadas as condições estabelecidas nesta NOB, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações e o valor de sua remuneração são definidos em negociação na CIT e formalizados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovadas no CNS.

14. CUSTEIO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E DE CONTROLE DE DOENÇAS

Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e

controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação Nacional de Saúde – FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor desse Teto para cada estado é definido em negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (FNS/MS).

Esse Comitê, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde, articulando os órgãos de epidemiologia da SES, do MS no estado e de outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e controle de doenças, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

Os valores do TFECD podem ser executados por ordenação do órgão específico do MS, conforme as modalidades apresentadas a seguir.

14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, independentemente de convênio ou instrumento congêneres, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB e na PPI, aprovada na CIT e no CNS.

14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pelas ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme tabela de procedimentos discutida na CIT e aprovada no CNS, editada pelo MS, observadas as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, contra apresentação de demonstrativo de atividades realizadas, encaminhado pela SES ou SMS ao MS.

14.3. Transferência por Convênio

Consiste na transferência de recursos oriundos do órgão específico do MS (FNS/MS), por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, mediante programação e critérios discutidos na CIT e aprovados pelo CNS, para:

- a) estímulo às atividades de epidemiologia e controle de doenças;

- b) custeio de operações especiais em epidemiologia e controle de doenças;
- c) financiamento de projetos de cooperação técnico-científica na área de epidemiologia e controle de doenças, quando encaminhados pela CIB.

15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

- a) GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

15.1. Gestão Plena da Atenção Básica

15.1.1. Responsabilidades

- a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e

- contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
 - f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
 - g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
 - h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
 - i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
 - j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente.
 - k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.
 - l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.
 - m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

15.1.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.
- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.1.3. Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).
- b) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.
- d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

15.2. Gestão Plena do Sistema Municipal

15.2.1. Responsabilidades

- a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.
- g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.
- h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.

- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

15.2.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.
- i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

- j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
- k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.
- l) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.
- m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
- n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).
- b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.
- c) Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.
- e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.
- f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

- a) GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

16.1. Responsabilidades Comuns às duas Condições de Gestão Estadual

- a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.
- b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.
- c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.
- e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.
- f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.

- g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.
- j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
- k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.
- p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.
- q) Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

16.2. Requisitos Comuns às duas Condições de Gestão Estadual

- a) Comprovar o funcionamento do CES.

- b) Comprovar o funcionamento da CIB.
- c) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.
- d) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:
 - as metas pactuadas;
 - a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
 - as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
 - as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e
 - os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.
- e) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.
- f) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.
- g) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.
- h) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto a contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.
- i) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.
- j) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

- k) Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.
- l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- m) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

16.3. Gestão Avançada do Sistema Estadual

16.3.1. Responsabilidades Específicas

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE.
- b) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados.
- c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual.
- d) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.3.2. Requisitos Específicos

- a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
- b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população.
- c) Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.3.3. Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não-habilitados.
- b) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- c) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
- d) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
- e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

16.4. Gestão Plena do Sistema Estadual

16.4.1. Responsabilidades Específicas

- a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.
- b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.4.2. Requisitos Específicos

- a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
- b) Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.
- c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.

- d) Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.
- b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).
- c) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- d) Transferência regular e automática do Índice de valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
- e) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
- f) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.
- g) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

17.1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS N° 01/93.

17.2. No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:

17.2.1. para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;

17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

17.2.2. para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

- 17.2.2.3.a estruturação do componente municipal do SNA; e
- 17.2.2.4.a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;
- 17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.
- 17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.
- 17.4. A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.
- 17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no Anexo I.
- 17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.
- 17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS 01/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

- 17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS 01/93.
- 17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.
- 17.10. De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.
- 17.11. O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.
- 17.12. Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos *per capita* em ações de atenção básica superiores ao valor *per capita* nacional único (base de cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada município é formalizado em ato próprio da SES.
- 17.13. O valor *per capita* nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado a todos os municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos municípios não habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor *per capita* nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.
- 17.14. Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS).

17.15. O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços (relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB) diretamente aos prestadores, somente no caso daqueles municípios não-habilitados na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.16. Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a prestadores, somente no caso daqueles municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.17. As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação na CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante portaria do MS.

SIGLAS UTILIZADAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- CES - Conselho Estadual de Saúde
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COFINS - Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
- FAE - Fração Assistencial Especializada
- FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
- FNS - Fundação Nacional de Saúde
- INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
- IVH-E - Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
- IVISA - Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária

- IVR - Índice de Valorização de Resultados
- MS - Ministério da Saúde
- NOB - Norma Operacional Básica
- PAB - Piso Assistencial Básico
- PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
- PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
- PPI - Programação Pactuada e Integrada
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
- SES - Secretaria Estadual de Saúde
- SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
- SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SNA - Sistema Nacional de Auditoria
- SUS - Sistema Único de Saúde
- SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária
- TFA - Teto Financeiro da Assistência
- TFAE - Teto Financeiro da Assistência do Estado
- TFAM - Teto Financeiro da Assistência do Município
- TFECD - Teto Financeiro da Epidemiologia e do Controle de Doenças
- TFG - Teto Financeiro Global
- TFGE - Teto Financeiro Global do Estado
- TFGM - Teto Financeiro Global do Município
- TFVS - Teto Financeiro da Vigilância Sanitária



PORTARIA Nº 3.925, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

- considerando as disposições da Lei nº 8.080, de 19/09/90, o art. 5º da Lei nº 8.142, de 28/12/90, o art.1º do Decreto nº 1.232, de 30/08/94, e a Portaria GM/MS nº 2203, de 5/11/96;
- considerando a necessidade de estabelecer orientação aos gestores municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à organização do sistema municipal de saúde no que diz respeito às ações de atenção básica, e
- considerando a pactuação dos gestores das três esferas de governo, resolve:

Art. 1º - Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta Portaria.

Art. 2º - Os recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) repassados do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde deverão estar identificados nos orçamentos municipais como receita de transferências intergovernamentais provenientes da esfera federal, vinculada diretamente ao Fundo Municipal de Saúde.

Art. 3º - Os recursos referidos no artigo anterior poderão ser utilizados para cobertura de quaisquer categorias de despesas constantes dos Planos Municipais de Saúde e das Programações Anuais, aprovadas na Lei de Orçamento dos Municípios ou em Créditos Adicionais específicos, observada a legislação pertinente.

§ 1º - Os recursos mencionados destinam-se exclusivamente à execução de ações e serviços de atenção básica à saúde definidos no Manual para Organização da Atenção Básica, no Anexo I desta portaria.

§ 2º - Esses recursos não poderão ser utilizados como fonte substitutiva dos recursos próprios atualmente aplicados em saúde pelos municípios.

Art. 4º - Definir os indicadores de acompanhamento da atenção básica para o ano de 1999, constantes do Anexo I desta Portaria.

Art. 5º - As prestações de contas dos recursos financeiros do PAB recebidos pelos municípios deverão ser aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde e apresentadas aos Tribunais de Contas Municipal ou Estadual.

Parágrafo único. Não haverá prejuízo das atividades de controle externo, exercidas pelo Tribunal de Contas da União, e de controle interno, exercidas pela Secretaria Federal de Controle, do Ministério da Fazenda, e pelos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria.

Art. 6º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra

ANEXO I

MANUAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Sumário

Apresentação

Introdução

O que é Atenção Básica à Saúde?

O Sistema Municipal de Saúde

Responsabilidade dos Municípios Habilitados conforme a NOB-SUS 01/96 no que se Refere à Atenção Básica

1. Responsabilidades na gestão da atenção básica
2. Responsabilidades na atenção às pessoas
 - 2.1. Ações de atenção básica dirigidas a toda população
 - 2.2. Ações de atenção básica dirigidas a grupos específicos da população

Estratégias para Operacionalização

Gerência do Piso da Atenção Básica

1. Composição do Piso da Atenção Básica (PAB)
2. Repasse de recursos financeiros e movimentação das contas bancárias
3. Aplicação dos recursos financeiros – como utilizar os recursos do PAB
4. Processamento das informações e pagamento dos prestadores
5. Prestação de contas dos recursos financeiros
6. Contratação das unidades prestadoras de serviços
7. Cadastramento das unidades prestadoras de serviços

APRESENTAÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma tarefa compartilhada entre o governo federal, governos estaduais e municipais, com a importante participação da sociedade, por intermédio dos Conselhos de Saúde. O empenho de todos deverá garantir o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços de saúde eficientes e de boa qualidade.

O SUS realizou, até agora, importantes avanços graças ao processo de descentralização, impulsionado, em 1998, pela implantação do Piso da Atenção Básica (PAB). Esse Piso garante a cada município um montante mínimo de recursos, calculados em função de sua população. Tal sistemática permite a transferência regular e automática de recursos federais para a atenção básica, diretamente do Ministério da Saúde para os municípios, permitindo que o gestor municipal possa assumir as responsabilidades que lhe competem. A grande maioria dos municípios brasileiros já está recebendo recursos financeiros através dessa modalidade de transferência.

A prioridade dada à Atenção Básica representa um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência.

O Ministério da Saúde convida todas as pessoas comprometidas com a consolidação do SUS para um esforço conjunto, capaz de fazer com que os avanços já obtidos beneficiem a população, mediante serviços acessível, resolutivos e humanizados.

José Serra

INTRODUÇÃO

O Manual para a Organização da Atenção Básica objetiva regular, no âmbito do SUS, a atenção básica à saúde e apontar um eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção, de acordo com o estabelecido na NOB-SUS 01/96. Foi elaborado com a contribuição dos diversos setores do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Ele apresenta:

- a conceituação da atenção básica;

- as responsabilidades dos municípios como gestores desse tipo de atenção;
- um elenco de ações, atividades, resultados e impactos esperados, que traduzem as responsabilidades descritas;
- orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compõem o Piso da Atenção Básica (PAB).

Este Manual, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, encontra-se, no momento, em sua 2ª edição, que contém significativas alterações, se comparada à primeira, distribuída em Goiânia/GO, durante o 14º Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado de 15 a 17 de novembro de 1998.

Essas modificações foram mais expressivas nos indicadores selecionados para acompanhamento da atenção básica durante o ano de 1999, nos municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96. Isso porque, na primeira edição, não foram publicados alguns indicadores aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite.

Com o objetivo de facilitar o processo de disseminação da nova versão do Manual da Atenção Básica, o Ministério da Saúde optou por republicar a Portaria citada anteriormente. Ela se encontra anexa a este documento.

É importante ressaltar que as responsabilidades dos municípios com a atenção básica crescem progressivamente, à medida que adquirem condições e capacidade para ampliar suas atribuições e assumir a implementação de novas ações e atividades.

As responsabilidades municipais nas áreas de zoonoses, endemias e medicamentos não estão, no momento, definidas, uma vez que o repasse de recursos fundo-a-fundo referente à execução dessas atividades ainda não foi regulamentado. Futuramente serão objeto de pactuação e publicadas em complementação a este Manual.

É importante enfatizar, ainda, que o PAB se constitui em um valor *per capita* repassado pelo governo federal aos municípios, que, somado às transferências estaduais e aos recursos municipais, financia a Atenção Básica à Saúde, de acordo com os conceitos descritos neste Manual, mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997.

O QUE É A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE?

Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SAI/SUS, por ocasião da implantação do PAB. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

A organização da atenção básica, com base na Lei nº 8.080, tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos:

- Saúde como direito - a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.
- Integralidade da assistência - entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.
- Universalidade - acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- Equidade - igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.
- Resolutividade - eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.
- Intersetorialidade - desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando

- duplicidade de meios para fins idênticos.
- Humanização do atendimento – responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.
 - Participação – democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, na gestão do sistema.

O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas para viabilização do novo sistema. Destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8142/90), o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996.

A Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/96, cuja elaboração é fruto de um amplo processo democrático que possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade – em especial dos gestores das três esferas de governo e do Conselho Nacional de Saúde –, é decorrente da experiência obtida com a aplicação da NOB/93, que possibilitou o fortalecimento do SUS ao impulsionar significativamente o processo de descentralização no país.

Como instrumento de regulação do SUS, essa NOB, além de incluir orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática aos princípios e às diretrizes do Sistema, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção no Brasil.

Desta forma, de acordo com a NOB-SUS 01/96, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo os sistemas municipais de saúde – voltados ao atendimento integral de sua própria população e inseridos de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. Estabelece, ainda, que as ações desse sistema municipal “têm de estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e meios para o atendimento integral” e que “a criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes

em seu território”.

Referindo-se ao processo de gestão, a NOB-SUS 01/96 define que “a realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão”.

A NOB refere-se, ainda, às bases para o redirecionamento do modelo de atenção, que deve ser “transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais”. O novo modelo requer, portanto, de um lado, “a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde”.

Assim, os esforços para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção básica, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios – universalização, equidade, integralidade, intersetorialidade e participação social – que norteiam o SUS.

RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS HABILITADOS CONFORME A NOB-SUS 01/96 NO QUE SE REFERE À ATENÇÃO BÁSICA

A Constituição Federal atribui aos prefeitos municipais responsabilidades sobre ações e serviços de atenção à saúde, reconhecendo que a proximidade permite-lhes identificar as reais necessidades de saúde da população.

A NOB/96 reafirma os princípios constitucionais, ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na construção do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município).

A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, em que se insere o conjunto

de ações que caracteriza a *atenção básica*.

Essa responsabilidade pressupõe mudanças na forma de realização do trabalho das equipes de saúde, com a criação de vínculos entre a população e os serviços, na ampliação da atenção sobre as necessidades de saúde de populações específicas e na busca de alternativas mais adequadas às diferentes realidades.

Com o objetivo de melhor definir as responsabilidades com a atenção básica e permitir o acompanhamento da descentralização trazida pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96, está apresentado neste documento um detalhamento das atribuições e ações que gradativamente deverão ser realizadas pelos municípios. É importante ressaltar que essa divisão é apenas didática e que não deve ter caráter restritivo ou normativo quanto à sua operacionalização por parte dos municípios.

Para facilitar a compreensão, as responsabilidades encontram-se definidas em dois blocos – Gestão do Sistema Municipal e Atenção às Pessoas – representados nos quadros a seguir:

Responsabilidades	Ações	Instrumentos de Gestão
1. Desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e de gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra-referência de pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer como se distribui a população em seu território e as causas mais frequentes de adoecimento e morte de seus municípios. - Realizar o cadastramento de todas as unidades públicas e privadas ambulatoriais sob a gestão do município. - Cadastrar estabelecimentos sujeitos à fiscalização da vigilância sanitária. - Elaborar o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 1999/2002, com atualização permanente. - Estabelecer referência e contra-referência de pacientes para os serviços de maior complexidade. - Desenvolver rotinas, fluxos e instrumentos de garantia de acesso da população a outros níveis de atenção. - Elaborar a Programação Anual do município e participar da elaboração da PPI estadual. - Elaborar relatório anual de gestão. - Avaliar permanentemente o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde de seus municípios e sobre seu meio ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - SIH/SUS. - SIM. - Cadastro do SIA/SUS. - Cadastro de estabelecimentos. - Plano Municipal de Saúde. - Programação anual do município aprovada no Conselho Municipal de Saúde/CMS. - Relatório de gestão aprovado no CMS. - Indicadores de acompanhamento definidos.

<p>2. Coordenação e Operacionalização do Sistema Municipal de Saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenar as unidades básicas próprias e cedidas pelo Estado e pela União. - Estabelecer mecanismos de gestão das unidades estatais, conveniadas e contratadas, que se encontram sob responsabilidade municipal. - Gerenciar as unidades próprias e cedidas, no que diz respeito ao planejamento, execução, controle e avaliação, provendo as mesmas de recursos humanos e materiais. - Adscriver a clientela às unidades básicas, mediante o cadastramento da população. - Implantar o Cartão SUS em parcerias com as outras esferas de governo. - Alimentar mensalmente os seguintes Sistemas Nacionais de Informações: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade, SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, SINAN - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SAI - Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH - Sistema de Informações Hospitalares. - Alimentar mensalmente o Sistema de Informações de Atenção Básica - SIAB em municípios que estejam integrados à estratégia de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde. - Alimentar mensalmente o SAI/SUS, quanto aos procedimentos cobertos pelo PAB. - Manter atualizado o Cadastro Ambulatorial da rede sob gestão municipal - Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA. - Manter cadastro de estabelecimentos passíveis de ações de fiscalização de vigilância sanitária. - Operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - SAI/SUS. - Mapas das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). - SIM, SINASC, SINAN, SISVAN, SAI/SUS e SIH/SUS. - SIAB/SUS. - SIA/SUS. - SAI/SUS. - Cadastro de estabelecimentos. - Instrumentos contábeis do Fundo Municipal de Saúde.
--	--	--

3. Desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação da atenção básica.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar rotinas, normas e fluxos de controle e avaliação. - Contratar, controlar, auditar e pagar os prestadores de serviços que realizam procedimentos do PAB contidos na tabela do SAI/SUS. - Utilizar indicadores para avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotinas e normas de controle e avaliação. - Contratos de prestação de serviços assistenciais. - Indicadores definidos.
4. Desenvolvimento das ações básicas de vigilância sanitária.	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar o serviço de vigilância sanitária. - Promover planejamento de ações de inspeção preventiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Legislação municipal para funcionamento da vigilância sanitária. - Plano de Ação da Vigilância Sanitária.
5. Administração e desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção Básica.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar as equipes para o desenvolvimento das ações de atenção básica. - Manter atividades de educação continuada. - Promover a participação das equipes no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades de saúde nas UBS e no sistema municipal. - Recrutar, selecionar, contratar e administrar os recursos humanos sob sua gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plano de treinamento e capacitação de recursos humanos para a Atenção Básica. - Processo de seleção, contratação e remuneração dos profissionais definidos.
6. Fortalecimento do controle social no município.	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar e implementar o CMS, garantindo condições para o seu funcionamento. - Promover a participação do CMS no processo de planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações dos serviços de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resoluções do CMS. - Conferências Municipais de Saúde. - Atas do CMS.

2. Responsabilidades na Atenção às Pessoas

Este bloco refere-se às responsabilidades assumidas pelos municípios habilitados na NOB/96 na gestão plena da atenção básica e na gestão plena do sistema.

Este bloco é apresentado em dois quadros: o primeiro refere-se às ações de atenção básica que são dirigidas a toda a população, e o segundo refere-se às ações de atenção básica a grupos específicos da população.

2.1. Ações de Atenção Básica Dirigidas a Toda a População

Na primeira coluna deste quadro, estão descritas responsabilidades com relação à atenção básica, cujas ações são apresentadas na segunda. Na terceira coluna estão apresentados alguns objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios, com o desenvolvimento dessas ações.

Responsabilidades	Ações	Objetivos
<p>1. Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde/doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.</p> <p>2. Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação de informações e orientações sobre a maneira de evitar o aparecimento de doenças ou de suas seqüelas, através da mídia e/ou de eventos, palestras. - Divulgação de informações e orientações educativas para pais e/ou responsáveis sobre a prevenção de acidentes por agravos externos e violências, prioritariamente na infância e adolescência. - Divulgação de informações e orientações educativas para prevenção da gravidez na adolescência, DST/AIDS, uso de drogas, prevenção de câncer de colo uterino e mama. - Divulgação de informações e orientações educativas direcionadas para empregadores e trabalhadores visando à redução da morbi-mortalidade por acidentes e doenças do trabalho. - Divulgação de informações e orientações educativas em saúde bucal. - Desenvolvimento de atividades de comunicação e educação em vigilância sanitária, visando maior participação da sociedade na defesa e melhoria da qualidade de vida e o controle social. - Desenvolvimento de parceria com a sociedade no controle da qualidade do meio ambiente. - Intervenção sobre o ambiente no sentido de evitar o acúmulo de lixo, de águas servidas e de depósito de água destampado. - Controle de populações animais (insetos, ratos e outros roedores, cachorros, etc.) que se caracterizam como vetores ou reservatórios de doenças que acometem o homem. - Identificação dos grupos de risco que deverão ser acompanhados diferenciadamente, utilizando o cadastramento da população e outros instrumentos necessários. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientização e mobilização da comunidade para o exercício de seu papel como colaboradora nas ações de melhoria da saúde. - Redução da morbi-mortalidade por agravos externos e violência. - Redução da incidência de gravidez, DST/AIDS e uso de drogas na adolescência e identificação precoce de câncer uterino e mama. - Redução de índices de morbi-mortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. - Redução da cárie dental de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde. - Controle social mais efetivo com relação à defesa da qualidade de vida. - Efetivação de parcerias com a sociedade e democratização do conhecimento sobre a saúde. - Redução das taxas da morbi-mortalidade. - Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.

3. Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico clínico e coleta de material para exames, bem como seu envio a laboratórios de referência. - Identificação e investigação de comunicantes, com encaminhamento para tratamento de novos casos suspeitos encontrados. - Execução de bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for o caso. - Identificação de fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado e coleta de material para envio a laboratórios. 	- Controle das doenças de notificação compulsória.
4. Desenvolvimento de ações de controle da qualidade de produtos e serviços, em especial a de alimentos e serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeção sanitária em estabelecimentos que lidam com a produção e/ou comercialização de bens e de prestação de serviço de interesse da saúde. - Coleta de amostras de águas para diálise e de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria dos serviços prestados e produtos oferecidos pelos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária. - Diminuição dos erros e falhas na prestação dos serviços e na qualidade dos produtos, pelos estabelecimentos. - Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.
5. Desenvolvimento de ações de controle da qualidade da água para consumo.	<ul style="list-style-type: none"> - Coleta de amostra da água para consumo humano. - Parceria com outros órgãos de governo para interferir nos fatores que comprometem a qualidade da água. 	- Melhoria da qualidade da água, reduzindo os riscos da utilização da água imprópria para uso.
6. Atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica.	- Atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas.	- Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde.

1. Responsabilidades na Gestão da Atenção Básica

Na primeira coluna deste quadro, estão descritas as responsabilidades dos municípios habilitados pela NOB/96 na gestão da atenção básica. Essas responsabilidades são operacionalizadas mediante ações que estão apresentadas na segunda coluna do mesmo quadro.

Na terceira coluna são registrados alguns instrumentos que poderão contribuir na construção de indicadores para a avaliação da gestão da atenção básica.

Ações	Impacto Esperado	Indicadores	Cálculo
1. Incentivo ao aleitamento materno.	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da desnutrição e das doenças infecciosas. - Redução das internações hospitalares no primeiro ano de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentual de crianças menores de 4 meses, com aleitamento materno exclusivo. - Percentual de internações hospitalares de crianças menores de 1 ano, residentes no município. - Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo/população menor de 4 meses x 100. - Número de internações de crianças menores de 1 ano, residentes no município/número total de crianças menores de 1 ano x 100.
2. Combate às doenças preveníveis por imunização, incluindo a vacinação antipneumocócica e influenza.	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de indicadores conforme a realidade epidemiológica de cada região, como por exemplo: - Número de hospitalizações por tétano neonatal, por local de residência. - Número de hospitalizações por difteria, por local de residência. - Incidência de casos de sarampo confirmados. - Número de hospitalizações por coqueluche, por local de residência. - Número de hospitalizações por tétano acidental, por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de crianças menores de 1 ano vacinadas com número total de doses preconizadas/população de crianças menores de 1 ano x 100. - Número de casos confirmados de sarampo no município/população residente no município x 100.
3. Combate às carências nutricionais, prioritariamente na faixa etária de 0 a 5 anos e maior de 60 anos.	<ul style="list-style-type: none"> - Redução dos índices de desnutrição global e de desnutrição por micronutrientes, especialmente Ferro e Vitamina A. - Redução da morbimortalidade por doenças associadas à desnutrição, obesidade e desnutrição por micronutrientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalência de desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência. - Prevalência de desnutrição em maiores de 60 anos, por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de casos de crianças com peso inferior ao percentil 10 e ao percentil 3 da curva de crescimento do Cartão da Criança/população de 0 a 5 anos x 100. - Número de hospitalizações de crianças residentes menores de 5 anos/população menor de 5 anos residente no município x 10.000. - Número de hospitalizações de adultos residentes com mais de 60 anos/população residente da mesma faixa etária x 10.000.

4. Controle das infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos e maior de 60 anos.		<p>- Coeficiente de hospitalizações por IRA de crianças menores de 5 anos, por local de residência.</p> <p>- Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos (com mais de 60 anos), por local de residência.</p>	<p>- Número de internações de crianças menores de 5 anos por IRA / população de menores de 5 anos x 1.000.</p> <p>- Número de internações de pessoas maiores de 60 anos por doenças respiratórias aguda / população de maiores de 60 anos x 1.000.</p>
5. Controle de doenças diarreicas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 14 anos.		<p>- Coeficiente de óbito de menores de 1 ano por diarreia.</p> <p>- Percentual de internação de crianças menores de 5 anos, por desidratação.</p>	<p>- Número de óbitos de menores de 1 ano por diarreia / total de óbitos de menores de 1 ano x 100.</p> <p>- Número de internações por desidratação de crianças menores de 5 anos, residente no município / população da mesma faixa etária, residentes no município x 100.</p>
6. Controle do crescimento e desenvolvimento, prioritariamente na faixa etária de 0 a 14 anos.		<p>- Prevalência da desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência.</p>	<p>- Número de casos de crianças com peso inferior ao percentil 10 e ao percentil 3 da curva de crescimento do Cartão da Criança / população de 0 a 5 anos x 100.</p>
7. Higiene bucal supervisionada, na população de 0 a 4 anos. - Higiene bucal supervisionada na população de 0 a 4 anos. - Procedimentos cirúrgicos e restauradores, prioritariamente na população de 5 a 14 anos.		<p>- Cobertura dos procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos.</p>	<p>- Procedimentos Coletivos - número de crianças de 0 a 4 anos atendidas / população total de crianças de 0 a 4 anos x 100.</p> <p>- Procedimentos Coletivos - número de crianças de 5 a 14 anos atendidas / população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.</p> <p>- Procedimentos Individuais - número de primeiras consultas em crianças de 5 a 14 anos / população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.</p>
8. Controle do pré-natal e puerpério.		<p>- Cobertura de consultas de pré-natal e puerpério dos residentes no município.</p> <p>- Coeficiente de óbito de mulheres de 10 a 49 anos.</p> <p>- Percentual de recém-nascido com peso menor que 2500g.</p>	<p>- Número de consultas de pré-natal e de puerpério / número de partos no mesmo período.</p> <p>- Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos / total de óbitos x 100.</p> <p>- Número de recém-nascidos com peso menor que 2500g / número nascidos vivos pesados x 100.</p>

9. Controle do câncer cérvico-uterino e de mama.	- Diminuição da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mama em mulheres de 15 a 59 anos.	- Coeficiente de coleta de exames de Papanicolau realizada em mulheres (15 a 59 anos).	- Número de coleta de exames de Papanicolau realizada (em mulheres entre 15 e 59 anos)/ população de mulheres entre 15 a 19 anos x 100.
10. Planejamento familiar.	- Redução da incidência de gravidez indesejada de risco nas adolescentes.	- Coeficiente de hospitalização por parto e aborto na adolescência (10 a 19 anos), por local de residência.	- Número de internações de mulheres de 10 a 19 anos, por aborto (curetagem) e parto/ população feminina de 10 a 19 anos x 100.
11. Assistência básica aos acidentados e portadores de doenças do trabalho e notificação dos agravos e riscos relacionados ao trabalho.	- Redução da morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho.	- Taxa de mortalidade por agravos externos. - Coeficiente de internações por acidente de trabalho e doenças do trabalho. - Número de óbitos por acidente de trabalho.	- Número de internações por acidentes e doenças do trabalho/ população economicamente ativa.
12. Controle e tratamento dos casos de hanseníase e tuberculose.	- Redução da morbimortalidade por tuberculose e hanseníase.	- Percentual de cura dos pacientes de hanseníase, por local de resid - Percentual de cura de pacientes de tuberculose, por local de residência.ncia.	- Número de casos PB e MB curados com PQT até 31-12/ total de casos PB e MB detectados no ano do coorter, que iniciaram tratamento PQTx1.000. - Número de pacientes curados do Programa de Tuberculose/ número de pessoas cadastradas no Programa x 1.000.
13. Controle e tratamento de hipertensão arterial e diabetes <i>mellitus</i> .	- Redução da morbimortalidade por hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e suas complicações.	- Coeficiente de hospitalizações por complicações de diabetes <i>mellitus</i> , por local de residência. - Coeficiente de hospitalizações por acidente vascular cerebral e infarto, por local de procedência.	- Número de internações por diabetes <i>mellitus</i> da população residente/ total da população residente x 1.000. - Número de internações por acidentes vascular cerebral e infarto, na população residente/ total população residente no município x 1.000.
14. Ações de controle de obesidade.	- Redução da morbimortalidade associada à obesidade.		
15. Prevenção de acidentes por quedas, prioritariamente na população maior de 60 anos.	- Redução da morbimortalidade por fraturas.	- Coeficiente de fraturas de colo de fêmur em maiores de 60 anos.	- Número de casos de fraturas de colo de fêmur em maiores de 60 anos residentes / população maior de 60 anos, residente x 1.000.
16. Incentivo aos grupos de auto-ajuda, prioritariamente na população maior de 60 anos.	- Redução das internações por depressão.	- Coeficiente de internação por depressão em faixa etária maior de 60 anos.	- Número total de internações por todos os tipos de depressão/ população de maiores de 60 anos x 1.000.

2.2. Ações de Atenção Básica Dirigidas a Grupos Específicos da População

Na primeira coluna do quadro a seguir, estão relacionadas as ações a grupos específicos da população, na gestão da atenção básica. Na coluna seguinte, está descrito o impacto esperado no desenvolvimento dessas ações. Na terceira coluna, são apresentados indicadores que poderão ser utilizados pelos estados e municípios no acompanhamento das ações desenvolvidas. A utilização de alguns depende de dados do sistemas de informações municipais ou estaduais que não estão, ainda, disponibilizados nos atuais sistemas nacionais. A última coluna contém as fórmulas para cálculo de cada indicador.

ESTRATÉGIAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO

Para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem ser seguidas as diretrizes do SUS, com implantação de estratégias que reorientem o modelo de atenção à saúde e sejam adequadas às realidades locais e municipais.

Entre as várias existentes, a estratégia de Saúde da Família tem demonstrado seu potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, o que faz com que sua disseminação seja considerada prioridade para o Ministério da Saúde.

A estratégia de Saúde da Família, iniciada com a incorporação de agentes comunitários de saúde às unidades básicas de saúde, contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde. As Unidades Básicas de Saúde, reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

A reorganização da atenção básica deve contribuir, ainda, para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência, com a implantação de um novo modelo de atenção.

Instrumentos que contribuem para a reorganização gerencial e operacional da atenção básica:

1. Cadastramento e Implantação do Cartão SUS

O cadastro permite a identificação de indivíduos ou famílias, o conhecimento das condições de moradia, de saneamento e condições ambientais das áreas onde as pessoas residem, assim como outras informações de interesse do município. Para possibilitar essa amplitude de informações, recomenda-se a realização do cadastramento domiciliar de forma ativa, ou seja, através de visitas a cada domicílio.

Por meio do cadastro, pode-se iniciar o vínculo do sistema de saúde e seus profissionais com a comunidade, tanto no sentido do conhecimento mútuo entre as pessoas, como no sentido da informação à população sobre a oferta de serviços. É o início do estabelecimento da relação de compromisso e de responsabilização entre serviços e população.

O cadastro deve ser atualizado periodicamente para que possa se constituir em um instrumento eficaz de identificação das situações e/ou problemas que exijam atenção especial dos serviços de saúde, permitindo que o município eleja prioridade e obtenha melhores resultados com os recursos aplicados.

O *Cartão SUS Municipal* foi instituído pela NOB/96 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.094, em 26 de fevereiro de 1998. Encontra-se em fase de implantação, com o objetivo de contribuir para a organização dos serviços de saúde nos municípios, estados e no âmbito nacional.

Os cartões SUS, que serão emitidos pelas secretarias municipais de saúde para seus usuários, deverão ser viabilizados a partir do cadastramento de sua população.

Nos municípios onde o cadastramento de indivíduos ou famílias já vem sendo realizado, o cartão SUS potencializa sua função porque, além da identificação das pessoas e da contribuição para a criação de vínculo de responsabilização entre os serviços de saúde e o cidadão, o cartão:

- auxilia nos mecanismos de referência e contra-referência intra e intermunicipal de pacientes;
- facilita o acompanhamento e atualização permanente da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- facilita a compensação financeira intermunicipal e interestadual;
- contribui para a uniformização e compatibilização dos dados, de forma a consolidar os sistemas de informação em saúde nos municípios, estados e

União;

- identifica pacientes cobertos por planos e seguros privados de saúde atendidos pelo SUS;
- permite identificar a cobertura real dos serviços;
- permite a agilização do encaminhamento para exames, consultas etc.

Nos municípios onde a prática do cadastramento de indivíduos ou famílias não é adotada, a implantação do Cartão SUS deve provocar essa atividade, o que deverá ser realizado a partir de cadastramento municipais, cuja operacionalização será definida pelo próprio município.

Os cartões devem conter uma relação mínima de informações e um padrão básico, que serão obrigatórios em âmbito nacional, podendo o município acrescentar outras informações de seu interesse.

O DATASUS fornecerá o aplicativo para o cadastro municipal e componentes que podem ser usados no desenvolvimento de *software* para o cadastramento. Esse aplicativo tem como alvo os municípios que não têm recursos para desenvolver um programa personalizado ou que entenderem que os dados básicos do formulário e as funções do aplicativo atendem às necessidades de informação do cadastro nacional.

Os dados enviados pelo município formarão um CADASTRO NACIONAL DE USUÁRIOS (baseado no número do PIS), que concentrará informações do registro de todos os cartões SUS emitidos e válidos, no país. O cadastro nacional, portanto, será capaz de fornecer aos cadastros municipais a identificação de pacientes oriundos de outros municípios, bem como de possibilitar o controle para que uma pessoa não possua mais de um cartão SUS válido, no mesmo município.

O êxito da implantação do Cartão SUS está ligado à utilidade que ele representará para os diferentes segmentos do sistema de saúde.

Para os gestores, significará uma importante contribuição no ordenamento do sistema, influenciando tanto nos processos de auditoria, na vigilância epidemiológica, como se constituindo num instrumento eficaz de análise para tomada de decisão.

No âmbito das equipes locais, contribuirá no processo de gerenciamento das unidades de saúde e na simplificação de procedimentos burocráticos administrativos, através da rápida identificação dos usuários mediante leitura magnética do cartão individual, da emissão automática de etiquetas

identificadoras para os documentos de uso interno, para a solicitação de exames, controle de resultados, entre outros usos.

Para os usuários, a importância do cartão estará representada na identificação da unidade de saúde de sua referência e na agilidade dos processos administrativos durante o atendimento nos serviços de saúde, uma vez que passa a existir um código de identificação único para todos os serviços de saúde, em qualquer lugar do país.

Para os usuários, a importância do cartão estará representada na identificação da unidade de saúde de sua referência e na agilidade dos processos administrativos durante o atendimento nos serviços de saúde, uma vez que passa a existir um código, em qualquer lugar do país.

Um aspecto de fundamental importância na implantação do Cartão SUS é a possibilidade futura de possuir, em meio magnético, as informações relativas aos atendimentos e os serviços prestados a cada indivíduo.

2. Adscrição da Clientela

Uma unidade básica de saúde deve ser responsável por um número compatível de pessoas que residam na área próxima, de forma que seja possível desenvolver a atenção integral a todos os indivíduos e facilitar o acesso ao serviço.

Portanto, as unidades de saúde devem trabalhar com definição de área de abrangência e de população sob sua responsabilidade, que será cadastrada e vinculada à unidade.

3. Referência para a Assistência de Média e Alta Complexidade

A rede de atenção básica pode resolver em torno de 85% das demandas de saúde de uma comunidade. No entanto, para que ela seja efetiva é preciso garantir o acesso da população aos serviços de maior complexidade.

A organização da referência dos pacientes faz parte da organização de um sistema municipal de saúde e requer normas, rotinas e fluxos definidos e pactuados entre os gestores.

4. Acompanhamento e Avaliação

A incorporação de mecanismos que permitam acompanhar permanentemente as ações e atividades dos serviços de saúde e avaliar o seu impacto sobre as condições de saúde da população deve ser assumida como

responsabilidade e atribuição de todas as instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde.

A estruturação desses mecanismos deve utilizar, como ponto de referência, os sistemas de informação existentes: SAI/SUS – Sistema de Informações Hospitalares; SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade; SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação; SISVAN – Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional, incluindo-se o SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica, nas áreas onde as estratégias de agentes comunitários ou saúde da família foram adotadas. Outros instrumentos desenvolvidos em âmbito estadual ou municipal deverão, também, ser utilizados.

O incentivo e a indução à realização de pesquisas aplicadas são outros elementos que podem contribuir no processo da avaliação.

Este documento propõe, como instrumento para acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos através da implementação das ações reativas à atenção básica, um conjunto de indicadores.

Os indicadores aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite para acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados na NOB-SUS 01/96, para o ano de 1999, foram publicados no Anexo II da Portaria que aprova este manual.

Anualmente, a seleção de indicadores para acompanhamento da atenção básica, nos municípios habilitados com base na NOB-SUS 01/96, será pactuada e aprovada na CIT e publicada pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União.

GERÊNCIA DO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA (PAB)

1. Composição do Piso da Atenção Básica

O Piso da Atenção Básica (PAB) é um valor *per capita*, que somado às

transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios deverá financiar a atenção básica à saúde, de acordo com os conceitos anteriormente descritos, mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria GM/MS nº 182, de 18/12/97.

O PAB é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações estratégicas da própria atenção básica.

A parte variável do PAB, implantada em 1998, destina-se a incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais.

O incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária consiste no montante de recursos financeiros destinado ao incremento de ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como às atividades de educação em vigilância sanitária.

O incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família consiste no montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, com o propósito de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

O incentivo ao Programa de Combate às Carências Nutricionais consiste no montante de recursos financeiros destinado ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação voltadas a grupos populacionais determinados, com prioridade ao grupo materno-infantil, visando a combater a desnutrição e a proteger o estado nutricional mediante:

- I - orientação alimentar e nutricional;
- II - aquisição de alimentos, complementos vitamínicos e minerais;
- III - monitoramento das condições nutricionais.

2. Repasse dos Recursos Financeiros e Movimentação das Contas Bancárias

O repasse dos recursos financeiros aos municípios habilitados é efetuado pelo Banco do Brasil, na mesma agência onde o município recebe os recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O Banco do Brasil é a única instituição financeira para efetivação dos repasses desses recursos.

Os municípios habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica recebem os recursos do PAB em conta específica aberta automaticamente para essa finalidade, denominada: "FMS - nome do município - PAB".

Aos municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal são efetuados repasses em duas contas abertas automaticamente pelo Banco do Brasil: os recursos do PAB são depositados em conta específica aberta

para essa finalidade denominada: “FMS - nome do município - PAB”; e os outros recursos destinados à média e alta complexidade ambulatorial/MAC e a internações hospitalares/AIH são depositados na outra conta denominada: “FMS - nome do município - MAC + AIH”, com o objetivo de facilitar o processo de controle e acompanhamento dos Conselhos de Saúde no âmbito dos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Os municípios têm autonomia para transferir os recursos financeiros recebidos nas contas específicas e realizar a sua movimentação em outra conta do Fundo Municipal de Saúde. Nesses casos, a prestação de contas será feita levando-se em consideração o total de recursos movimentados nessa última conta, respeitado o que estabelece a lei de criação do Fundo Municipal de Saúde.

Em caso de inexistência de agência do Banco do Brasil no próprio município, a prefeitura municipal poderá transferir os recursos da agência do Banco do Brasil onde são depositados para outra instituição financeira existente em seu próprio território.

Os recursos financeiros da parte variável do PAB serão creditados na mesma conta dos recursos da parte fixa do PAB, denominada: “FMS - nome do município - PAB”.

A Lei nº 8142/90 estabelece que, para receberem os recursos para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal, seus gestores deverão contar com “contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento”. O total dessa contrapartida de recursos financeiros dos orçamentos municipais e estaduais para a área da saúde deverá ser depositado nos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, de sorte que o Balanço Anual de cada Fundo possa refletir toda a aplicação em saúde, da respectiva esfera de governo.

Conforme a Portaria GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998, o Banco do Brasil enviará aviso de crédito das transferências fundo a fundo ao Secretário de Saúde, Fundo de Saúde, Conselho de Saúde e Poder Legislativo dos respectivos níveis de governo.

3. Aplicação dos Recursos Financeiros – como utilizar os recursos do PAB

Os recursos transferidos da União para estados, municípios e Distrito Federal, como também os provenientes de faturamento de serviços produzidos pelas Unidades Assistenciais Públicas deverão ser identificados nos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde como receita operacional proveniente da esfera

federal e utilizados na execução de ações de saúde previstas em seus respectivos Planos de Saúde.

Os recursos financeiros do PAB deverão ser utilizados apenas em despesas de custeio e capital relacionadas entre as responsabilidades definidas para a gestão da atenção básica e coerentes com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde, que é a base das atividades e programações desse nível de direção do SUS, inclusive dos programas especiais, para os quais podem ser firmados convênios com entidades filantrópicas, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas no Plano, e de acordo com as seguintes orientações:

I - Todas as despesas de custeio da atenção básica podem ser realizadas com recursos do PAB, excluindo:

- pagamento de servidores inativos;
- pagamento de gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente, ligados às unidades de atenção básica;
- pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidor público, quando pertencente ao quadro permanente dos próprios municípios;
- transferência de recursos na forma de contribuições, auxílios ou subvenções a instituições privadas, inclusive as filantrópicas.

II - Todas as despesas de capital relacionadas à rede básica podem ser realizadas com recursos do PAB, excluindo:

- aquisição e reforma de imóveis não destinados à prestação direta de serviços de saúde à população;
- aquisição de equipamentos e materiais permanentes, incluindo veículos de qualquer natureza, não destinados à realização de ações de atenção básica.

III - As despesas decorrentes de ações de saúde de média e alta complexidade e de assistência hospitalar não devem ser realizadas com recursos do PAB.

IV - As ações de saneamento, que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros, da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme o parágrafo 3º do artigo 31, da Lei nº 8.080/90.

V - Os recursos do PAB não devem substituir as fontes de recursos próprios

do orçamento do município.

4. Processamento das Informações e Pagamento aos Prestadores

Os municípios deverão remeter em disquete o processamento do PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. Essa, por sua vez, enviará as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Municípios que efetuarem pagamento por meio eletrônico: as informações de pagamento aos prestadores da Assistência Básica devem ser enviadas em disquetes à agência do Banco do Brasil onde foi depositado o recurso, logo após o repasse efetuado pelo Ministério da Saúde. O Banco do Brasil está oferecendo, para os municípios interessados, serviço de pagamento automático aos prestadores.

Os municípios que não realizarem o pagamento por meio eletrônico deverão utilizar os procedimentos administrativos e contábeis legais, de acordo com a sua realidade (relação bancária, cheque nominal aos prestadores, entre outros).

5. Prestação de Contas dos Recursos Financeiros

De acordo com o art. 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município, e, se for o caso, à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta do Fundo deverá ser efetuada mediante a apresentação de extratos bancários e de sua respectiva conciliação bancária, seja na Prestação de Contas ou quando solicitada pelos órgãos de controle.

É importante salientar que o art. 6º, da Portaria GM/MS nº 1.882, de 18/12/97, estabelece que a transferência dos recursos do PAB será suspensa caso os municípios, por dois meses consecutivos, deixem de fornecer à Secretaria de Estado da Saúde, para que estas enviem ao Ministério da Saúde, as informações dos bancos de dados nacionais, a seguir:

- I - Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
- II - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
- III - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
- IV - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN)
- V - outros que venham a ser implantados.

O mesmo se aplica à falta de alimentação dos dados relativos ao Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS).

A Portaria GM/MS nº 15, de 1 de fevereiro de 1998, no seu art. 12 estabelece que a transferência dos recursos relativos aos incentivos PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde - e PSF - Programa de Saúde da Família - será suspensa caso os municípios, por um período de dois meses consecutivos ou três meses alternados, deixem de alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os municípios que venham a implantar esses programas terão três meses, após a sua qualificação, para cumprir essa exigência.

6. Contratação das Unidades Prestadores de Serviços

Toda unidade de saúde privada - filantrópica ou lucrativa - que prestar serviços aos SUS, de forma complementar, necessita de um contrato em vigência. O estabelecimento desse contrato deve ser precedido de processo licitatório, de acordo com a Lei nº 8.666/93, a Instrução Normativa da Secretaria do Tesouro Nacional e a Portaria GB/MS nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, que dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias aos contratos de prestação de serviços celebrados entre estado, Distrito Federal, município e pessoas físicas e jurídicas, complementarmente ao Sistema Único de Saúde. A contratação precede ao cadastramento dessas unidades.

As unidades públicas não necessitam de contratos. Quando um gestor municipal não tiver condições de oferecer, em seu município, todas as ações e serviços previstos no PAB, poderá comprar serviços em municípios vizinhos, mediante celebração de termo de compromisso entre gestores.

Quando houver no município uma unidade pública que realize procedimentos de atenção básica e que esteja sob a gerência de outra esfera de governo deverá ser feito um convênio entre o município e aquele gestor.

Uma unidade privada - filantrópica ou lucrativa - localizada em um município habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica e que preste serviços

básicos e especializados (média e alta complexidade) deverá firmar um contrato com o município para prestação dos serviços básicos (quem paga é o município) e um segundo contrato com o gestor estadual, que é quem contrata e paga os serviços especializados.

Os municípios habilitados deverão avaliar os contratos celebrados entre o gestor estadual e os prestadores de serviços localizados no seu território e verificar a necessidade de manter ou alterar os serviços prestados na Assistência Básica.

7. Cadastramento das Unidades Prestadoras de Serviços

O cadastramento é o ato de inclusão de uma unidade de saúde no Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS). É precedido do Alvará Sanitário, emitido pós-vistoria e em conformidade com ela. Sem o cadastro não é possível o processamento de sua produção. As unidades públicas são cadastradas, de imediato, enquanto as unidades privadas, filantrópicas ou lucrativas necessitam assinar um convênio ou contrato, respectivamente, com o gestor, para a prestação dos serviços.

Para o cadastramento de uma unidade nova, seja pelo gestor estadual ou municipal, é necessário que a SES estabeleça para ela um “Código de Unidade”, visto que esses códigos são de abrangência estadual.

Uma Unidade Prestadora de Serviço pública, filantrópica ou lucrativa, localizada em um município habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica e que executa serviços básicos e especializados, terá dois cadastros idênticos: um deles junto ao gestor municipal, que processará e pagará os serviços básicos, e o outro junto ao gestor estadual, que processará e pagará os serviços especializados.

A alteração/manutenção do cadastro das unidades que prestam serviços básicos de saúde, localizadas em municípios habilitados nos termos da NOB-SUS 01/96, deverá ser realizada pelo gestor municipal, não dependendo da aprovação da Secretaria Estadual de Saúde. É, entretanto, necessário comunicar à Secretaria Estadual de Saúde as alterações e/ou inclusões de unidades no sistema, para que o estado mantenha o seu cadastro atualizado.

ANEXO II – INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA EM 1999 NOS MUNICÍPIOS HABILITADOS CONFORME A NOB-SUS 01/96

Os indicadores selecionados e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite para o acompanhamento da atenção básica durante o ano de 1999, nos municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96, estão relacionados nos quadros a seguir:

QUADRO 1 - Indicadores para acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96.

QUADRO 2 - Indicador para avaliação da atenção básica nos municípios qualificados para receber incentivo ao Programa de COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS.

QUADRO 3 - Indicadores para acompanhamento da atenção básica nos municípios qualificados para receber o incentivo às equipes de SAÚDE DA FAMÍLIA.

QUADRO 4 - Indicadores para avaliação da atenção básica nos municípios qualificados para receber o incentivo às equipes de AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Os indicadores constantes do Quadro 1 serão adotados por todos os municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96.

O elenco de indicadores dos quadros 2, 3 e 4 é sempre cumulativo aos do Quadro 1, e a sua utilização depende da implementação de estratégias ou ações que façam jus aos incentivos financeiros da parte variável do PAB.

Os indicadores relacionados nos Quadros 3 e 4 referem-se à população coberta pelas equipes de Saúde da Família ou pelos Agentes Comunitários de Saúde.

* Os indicadores listados abaixo referem-se à população coberta pelas Equipes de Saúde da Família.

Para a organização do processo de Acompanhamento da Atenção Básica nos municípios habilitados, as Secretarias Estaduais de Saúde devem, após analisar a realidade sanitária de cada município, mediante indicadores atualizados, propor metas para cada indicador a ser utilizado pelo município.

As Planilhas de Metas devem ser negociadas entre o gestor estadual e cada gestor municipal e aprovadas pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), configurando o pacto estadual com os municípios, para que, ao final do ano de 1999, os resultados sejam avaliados.

O consolidado do pacto entre gestores estaduais e municipais consubstanciará a Planilha Anual de Metas que cada estado apresentará ao Ministério da Saúde, materializando o pacto entre ele e o Ministério.

* Os indicadores listados abaixo referem-se à população coberta pelas equipes de PACS.
Ao final de cada ano será realizada uma avaliação para negociação e definição de novas metas.

Quando os resultados nos municípios forem insuficientes, as Comissões Intergestores de cada esfera de governo devem avaliar as estratégias implementadas para providenciar os ajustes necessários ou, até mesmo, suspender a aprovação para a transferência de incentivos.

Os estados que apresentarem resultados positivos na avaliação das metas pactuadas receberão o Incentivo de Valorização de Resultados (IVR), a ser regulamentado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O Ministério da Saúde se compromete a apoiar as CIBs na implementação dessa metodologia de avaliação, desde a disponibilização de dados para construção dos indicadores, até a cooperação técnica necessária ao processo de pactuação.

QUADRO 1 – Indicadores para Avaliação da Atenção Básica nos Municípios Habilitados conforme a NOB-SUS 01/96

QUADRO 2 – Indicador para Avaliação da Atenção Básica nos Municípios Qualificados para Receber Incentivo de Combate às Carências Nutricionais



PORTARIA Nº 176,
DE 8 DE MARÇO DE 1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.

- O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando
- a Portaria GM/MS nº 1.882, de 18/12/97 que estabelece o Piso de Atenção Básica;
 - a prioridade de implementar a política de descentralização do setor saúde;
 - a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, em reunião ordinária do dia 15 de dezembro de 1998;
 - as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, editada na Portaria nº 3.916, de 30/10/98, que estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais, do Sistema Único de Saúde (SUS);
 - a responsabilidade do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Executiva, pela aquisição e distribuição, diretamente às Secretarias Estaduais de Saúde, dos medicamentos relativos aos Programas Nacionais de Aids (Anti-Retrovirais), Tisiologia, Hanseníase, Sangue e Hemoderivados (Fator VIII, Fator IX, Completo Protom-bínico e DDAVP), Diabetes (Insulina) e Controle de Endemias;
 - que os medicamentos constantes na tabela do SIA/SUS já dispõem de mecanismos de financiamento, cujos recursos estão contemplados pelos respectivos tetos financeiros da assistência dos estados e municípios;
 - a necessidade de definir critérios para a aplicação dos recursos destinados à Assistência Farmacêutica Básica, componente da Assistência Farmacêutica, resolve:

Art. 1º - Estabelecer que o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica será financiado pelos três gestores, e que a transferência dos recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal.

Art. 2º - Os recursos oriundos do orçamento do Ministério da Saúde e as contrapartidas estadual e municipal, destinadas ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, para o ano de 1999, correspondem ao montante de, no mínimo, R\$ 319.272.826,00 (trezentos e dezenove milhões, duzentos e setenta e dois mil, oitocentos e vinte e seis reais), dos quais R\$ 159.636.413,00 (cento e cinquenta e nove milhões, seiscentos e trinta e seis mil, quatrocentos e treze reais) serão aportados pelo Ministério da Saúde.

§ 1º - Os recursos do Ministério da Saúde serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde e Fundo de Saúde do Distrito Federal, ou, temporariamente, por meio de convênios, aos estados não habilitados, nos termos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96, com base nos valores e critérios definidos nesta Portaria.

§ 2º - Para efeito de cálculo do montante destes recursos, foi considerada a população estimada para o ano de 1997, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Resolução nº 30, de 26 de agosto de 1997.

§ 3º - Os gestores qualificados farão jus à fração mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) da parcela federal que comporá o valor final do incentivo, na proporção do número de habitantes dos municípios, conforme distribuição constante no Anexo.

§ 4º - A comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas estadual e municipal constará do Relatório de Gestão Anual e as prestações de contas devem ser aprovadas pelos Conselhos de Saúde.

Art. 3º - Os recursos financeiros relativos ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica serão transferidos fundo a fundo, somente aos municípios habilitados conforme a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96, que aderirem ao pacto de gestão da Assistência Farmacêutica Básica, negociado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de cada estado.

§ 1º - Cada município deverá assinar um Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica.

§ 2º - Os recursos financeiros para os municípios não habilitados serão repassados aos estados exclusivamente para cobertura da população residente nestes municípios.

Art. 4º - A parcela federal somente será repassada aos estados e/ou municípios mediante o encaminhamento, ao Ministério da Saúde, do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, que deverá conter:

- I - o elenco dos medicamentos para assistência básica, aprovado pela CIB;
- II - os mecanismos de adesão e responsabilidade dos municípios, para integrarem o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica;
- III - o pacto de gestão entre o estado e município, negociado na CIB, incluindo a contrapartida de recursos do estado e municípios, com a respectiva ata de aprovação;
- IV - a sistemática de programação, acompanhamento, controle e avaliação da implementação do Plano no estado.

Art. 5º - O Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, parte integrante do Plano de Assistência Farmacêutica Estadual, coerente com a Política Nacional de Medicamentos, que será utilizado como padrão em todo o estado, deverá estar fundamentado:

- I - na descentralização da gestão;
- II - no diagnóstico da situação de saúde do estado;
- III - no diagnóstico das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição/dispensação, desenvolvidas na assistência farmacêutica, no âmbito do estado;
- IV - nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;
- V - na rede de serviços existentes, de acordo com o nível de complexidade;
- VI - nas condições necessárias ao cumprimento das boas práticas de armazenagem;
- VII - na proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos na operacionalização do Plano.

Art. 6º - Deverão ser cumpridas as seguintes etapas no âmbito estadual e federal, para a qualificação dos estados e municípios ao incentivo:

- I - encaminhamento do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica ao Ministério da Saúde;
- II - aprovação da qualificação do município na CIB;
- III - encaminhamento, à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, da Resolução da CIB aprovando a qualificação dos municípios e anexando a relação dos municípios qualificados;

IV - homologação da qualificação, pelo Ministério da Saúde, mediante a edição de Portaria específica.

Art. 7º - Os documentos de qualificação dos estados e municípios deverão ser entregues, ao Ministério da Saúde, até o dia 20 (vinte) de cada mês, para inclusão no mesmo mês de competência.

Art. 8º - O Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, deverá ser encaminhado, anualmente, até o dia 30 de setembro, ao Ministério da Saúde, visando a manutenção dos recursos federais ao incentivo relativo ao ano posterior.

Art. 9º - Será constituído grupo técnico-assessor, vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, para a análise e acompanhamento dos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos.

Art. 10 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria nº 1.660, de 6 de novembro de 1997.

José Serra



PORTARIA Nº 507,
DE 23 DE ABRIL DE 1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando:

- a necessidade de selecionar medicamentos essenciais, capazes de solucionar a maioria dos problemas de saúde da população mediante uma terapia medicamentosa eficaz, segura e de menor custo;
- a multiplicidade de produtos farmacêuticos disponíveis no mercado e os avanços técnico-científicos com a descoberta de novos medicamentos, resolve:

Art. 1º - Publicar a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que acompanha esta Portaria, a qual foi efetivada com base nos seguintes critérios de seleção:

1. medicamentos de valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológicos;
2. medicamentos de baixa toxicidade;
3. medicamentos de composição perfeitamente conhecida, com somente um princípio ativo, excluindo-se, sempre que possível, as associações;
4. medicamentos pelo nome do princípio ativo, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e, complementarmente, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);
5. medicamentos que disponham de informações suficientes sobre a biodisponibilidade e características farmacocinéticas;
6. medicamentos estáveis nas condições de estocagem e uso;
7. medicamentos de menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle, resguardada a qualidade;

8. medicamentos cujo custo do tratamento/ dia e o custo total do tratamento sejam inferiores, resguardada a qualidade;
9. formas farmacêuticas, apresentação e dosagem, considerando:
 - a) comodidade para a administração aos pacientes;
 - b) faixa etária;
 - c) facilidade para cálculo da dose a ser administrada; e
 - d) facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses;
10. medicamentos que supram as necessidades da maioria da população.

Art. 2º - Delegar competência à Secretaria de Políticas de Saúde para proceder à revisão periódica e à atualização permanente da RENAME-1999.

Parágrafo único. As propostas de modificações a RENAME serão consideradas mediante encaminhamento do formulário constante do Anexo I, desta portaria, à Secretaria de Políticas de Saúde, que estabelecerá os mecanismos para implementação do processo de revisão e atualização.

Art. 3º - Esta RENAME deve ser utilizada pelos serviços públicos de saúde, com a necessária adaptação às necessidades dos municípios e dos estados.

Art. 4º - No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as prescrições deverão adotar as denominações genéricas constantes da RENAME.

Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

José Serra

**PORTARIA Nº 1.077,
DE 24 DE AGOSTO DE 1999**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e, considerando:

- a Política Nacional de Medicamentos, editada na Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS);

- o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no País,



PORTARIA Nº 1.077,
DE 24 DE AGOSTO DE 1999

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e, considerando:

- a Política Nacional de Medicamentos, editada na Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS);

- o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no País, que impõe a necessidade de reversão do modelo de assistência vigente, com a implantação e implementação de uma rede de serviços ambulatoriais, com acessibilidade e resolubilidade garantidos;

- a necessidade de se estabelecer um programa contínuo, seguro e dinâmico, como parte integrante e complementar ao tratamento daqueles pacientes que necessitam de medicamentos para o controle dos transtornos mentais;

- a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, em reunião ordinária do dia 19 de agosto, resolve:

Art. 1º - Implantar o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos estados e do Distrito Federal.

§ 1º - Caberá aos gestores estaduais e do Distrito Federal a coordenação da implementação do Programa em seu âmbito.

§ 2º - Os medicamentos que compõem o Programa são aqueles constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME-99,) oficializada pela Portaria nº 507/GM, de 23 de abril de 1999, item 10, publicada ao Diário Oficial da União, nº 94 de 19 de maio de 1999. Grupo Terapêutico: medicamentos que atuam no sistema nervoso central.

§ 3º - Os estados e municípios que se integrem ao Programa poderão adquirir, de forma competente, por meio de recursos próprios, outros medicamentos essenciais que julgarem necessários, não previsto no elenco de que trata o parágrafo 1º.

Art. 2º - Integrarão o presente Programa as unidades da rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental, de acordo com o estabelecido no item 2 da Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992 - Normas para o Atendimento Ambulatorial (Sistema de Informação Ambulatorial da SUS).

Art. 3º - Os gestores deverão observar o estabelecido na PT/SVS nº 344, de 12 de maio de 1999, que aprovou o Regulamento Técnico sobre Substância e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial.

Art. 4º - Serão adicionados recursos financeiros, destinados a Área de Saúde Mental, àqueles já estabelecidos nas Portarias GM nº 176 e 653, datadas de 8 de março de 1999 e 20 de maio de 1999, respectivamente, que regulamentam o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, visando a garantir o acesso aos medicamentos essenciais de Saúde Mental, na rede pública.

Art. 5º - Os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde e as contrapartidas estaduais e do Distrito Federal, destinadas a este Programa, correspondem ao montante anual de, no mínimo, R\$ 27.721.938,00 (vinte e sete milhões, setecentos e vinte e um mil, novecentos e trinta e oito reais); dos quais R\$ 22.177.550,40 (vinte dois milhões, cento e setenta e sete mil, quinhentos e cinqüenta reais e quarenta centavos), equivalente a 80% (oitenta por cento) destes recursos, serão aportados pelo Ministério da Saúde; restando o correspondente de, no mínimo, 20% (vinte por cento) dos recursos, num total de R\$ 5.544.387,60 (cinco milhões, quinhentos e quarenta e quatro mil, trezentos e oitenta e sete reais e sessenta centavos), como contrapartida dos estados e Distrito Federal, conforme o Anexo I desta Portaria.

Art. 6º - Os gestores estaduais e do Distrito Federal farão jus à fração mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) da parcela federal que irá compor o valor total previsto para este Programa.

Art. 7º - Os recursos financeiros, do Ministério da Saúde, serão repassados conforme art. 6º desta Portaria, para os fundos estaduais de saúde e do Distrito Federal.

§ 1º - As Comissões Intergestores Bipartite definirão os pactos para aquisição e distribuição dos medicamentos e/ou transferências dos recursos financeiros aos municípios, sob qualquer forma de gestão, que possuam rede pública de atenção ambulatorial de Saúde Mental.

§ 2º - O gestor estadual se responsabilizará pelo gerenciamento do Programa e dos recursos financeiros destinados aos demais municípios.

Art. 8º - Deverão ser cumpridas as seguintes etapas, no âmbito estadual e federal, para qualificação dos estados e do Distrito Federal, ao recebimento dos recursos financeiros do Programa:

I - o gestor estadual deverá apresentar ao Ministério da Saúde:

- consolidado atualizado da rede pública de serviços ambulatoriais de saúde mental implantados nos seus municípios;
- estimativa epidemiológica das patologias de maior prevalência nos serviços, objetivando a utilização racional dos psicofármacos.

II - encaminhamento à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, da Resolução aprovada pela CIB, contendo também a relação dos municípios que possuam sob sua gestão, rede de atenção ambulatorial de Saúde Mental, e que, em conformidade com os pactos firmados, receberão recursos financeiros fundo-a-fundo.

III - homologação da qualificação do estado, pelo Ministério da Saúde, mediante a edição de portaria específica.

Art. 9º - Os documentos constantes do art. 8º deverão ser enviados à Assessoria de Assistência Farmacêutica, do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, da Secretaria de Políticas de Saúde, até o dia 20 (vinte) de cada mês, para inclusão no mesmo mês de competência.

Art. 10 - Será constituído grupo técnico-assessor, vinculado às Áreas Técnicas de Assistência Farmacêutica e de Saúde Mental, do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas (DGPE), da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), do Ministério da Saúde (MS), para análise e acompanhamento da implementação do Programa, avaliando o impacto dos resultados na reestruturação do modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais.

Art. 11 - A comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas estaduais e do Distrito Federal constará do Relatório de Gestão Anual, e as prestações de contas devem ser aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 12 - O Consolidado Estadual dos Serviços de Atenção à Saúde Mental, aprovado pela CIB, deverá ser encaminhado, anualmente, até o dia 30 de setembro à Assessoria de Assistência Farmacêutica, do DGPE/SPS/MS, visando à manutenção dos recursos federais ao Programa relativo ao ano posterior.

Art. 13 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência, com efeitos financeiros a partir da competência agosto de 1999.

José Serra



PORTARIA Nº 1.008,
DE 8 DE SETEMBRO DE 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância sanitária.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e tendo em vista as disposições da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu capítulo I, artigo 6º, parágrafo 1º, que trata da execução das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- considerando o disposto nos artigos 16, 17 e 18 da referida Lei, que definem as competências da execução das ações de vigilância sanitária nos níveis federal, estadual e municipal;

- considerando o estabelecido no item 13 da Norma Operacional Básica - NOB/SUS 01/06;

- considerando o artigo 7º, parágrafo 1º e 2º da Lei 9.782/99, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), resolve:

Art. 1º - Definir os recursos federais destinados ao financiamento das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, no ano de 2000, que serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e do Distrito Federal, nos limites fixados no Anexo I e com base nos critérios estabelecidos nesta Portaria.

Parágrafo único. Para efeito do cálculo do montante e distribuição destes recursos, está sendo considerada a população estimada para o ano de 1999, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Resolução nº 5 de 25/08/99.

Art. 2º - As ações que serão financiadas com os recursos mencionados no artigo anterior serão discriminadas nos Tempos de Ajuste e Metas, mediante normas estabelecidas pela ANVISA.

Art. 3º - A habilitação dos estados e do Distrito Federal, a estas transferências, se dará após o cumprimento dos seguintes requisitos:

I - aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

II - assinatura do Termo de Ajuste e Metas com a ANVISA;

Art. 4º - Os recursos de que trata o artigo 1º destinam-se, exclusivamente, ao financiamento das ações de Vigilância Sanitária, estabelecidas no Termo de Ajuste e Metas.

Art. 5º - Os recursos financeiros destinados a cada unidade federada serão definidos pelo somatório das seguintes parcelas:

I - valor *per capita* de R\$ 0,15 (quinze centavos)/hab/ano multiplicado pela população de cada unidade federada;

II - valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária (TFVS), por fato gerador, apurado em cada unidade federada.

§ 1º - Fica estabelecido um piso financeiro de R\$ 420.000,00/ano (quatrocentos e vinte mil reais para unidades federadas com população inferior a 5 (cinco) milhões de habitantes;

§ 2º - Nas unidades federadas, em que, aplicado os critérios definidos nos incisos I e II deste artigo, o valor apurado seja superior ao piso financeiro estabelecido no parágrafo anterior, prevalecerá o maior valor;

§ 3º - O valor correspondente ao fato gerador de repasse às unidades federadas será estabelecido por Portaria conjunta da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, após deliberação da Diretoria Colegiada da ANVISA.

Art. 6º - Do valor *per capita* a que cada unidade federada faz jus, R\$ 0,06 (seis centavos) serão utilizados como incentivo à municipalização das Ações de Vigilância Sanitária, de acordo com a complexidade das ações a serem pactuadas e executadas.

§ 1º - Caberá ao gestor estadual implantar mecanismos que garantam o repasse de recursos, mensalmente, para os municípios em valor correspondente a 1/12 (um doze avos) do valor anual pactuado, em conta específica da Vigilância Sanitária.

§ 2º - Para a execução de ações, preferencialmente de responsabilidade da unidade federada, pactuadas com os municípios, fica destinado o valor de R\$ 0,09 (nove centavos) *per capita*.

§ 3º - Se, para a execução das ações pactuadas com os municípios, houver necessidade de recursos adicionais, estes deverão ser remanejados do valor definido no art. 5º para cada unidade federada, após aprovação na CIB.

§ 4º - Para se habilitarem a estes recursos os municípios deverão cumprir os seguintes requisitos:

- I - estar habilitado em uma das condições de gestão estabelecidas na NOB/SUS 01/96;
- II - comprovar capacidade técnica de execução das ações de Vigilância Sanitária por nível de complexidade;
- III - possuir equipe técnica cuja composição corresponda às necessidades de cobertura local;
- IV - comprovar existência de estrutura administrativa responsável pelas ações de Vigilância Sanitária;
- V - comprovar abertura de conta específica vinculada ao Fundo Municipal de Saúde.

§ 5º - A solicitação de habilitação ao Termo de Ajuste pelo Município será analisado pela Secretaria Estadual de Saúde que emitirá parecer para análise e aprovação pela CIB.

§ 6º - As Ações e Metas assumidas pelos municípios deverão ser parte integrante da programação Estadual que definirá as bases do Termo de Ajuste por unidade federada.

Art. 7º - Nos municípios onde o gestor não se manifestar pela pactuação, a unidade federada assumirá a responsabilidade pelas ações e fará jus ao valor integral do *per capita* correspondente à população do município.

Art. 8º - O repasse dos recursos federais será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde, em valor correspondente a 1/12 (um doze avos) da parcela federal, em conta específica da Vigilância Sanitária.

Art. 9º - A contrapartida das unidades federadas aos recursos federais transferidos deverá ser em valor equivalentes a, no mínimo, ao mesmo percentual

do orçamento estadual que foi destinado à Vigilância Sanitária no ano anterior, não podendo ser inferior ao limite estabelecido anualmente na Lei de Diretrizes Orçamentárias Estaduais.

Art. 10 - As atividades e metas pactuadas no Termo de Ajuste e Metas, serão acompanhadas e avaliadas por Comissão de Avaliação constituída pelo diretor-presidente da ANVISA.

§ 1º - A comissão de avaliação será composta por representante da ANVISA, das unidades federadas e dos municípios, e sua ação poderá ser de abrangência macro regional, estadual ou por conjunto de estados.

§ 2º - A comissão de avaliação encaminhará à ANVISA relatório de gestão, trimestral e anual, detalhando as metas, os resultados alcançados e parecer técnico com recomendações sobre o período considerado.

§ 3º - As Secretarias Estaduais de Saúde manterão, à disposição da ANVISA, Ministério da Saúde e órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das ações pactuadas no Termo de Ajuste e Metas.

Art. 11 - O cancelamento da habilitação das unidades federadas com a consequente suspensão do repasse dos recursos financeiros será proposto pela ANVISA e levado à CIT para deliberação, quando da ocorrência das seguintes situações;

- I - não cumprimento, sem justificativa, das atividades e metas previstas no Termo de Ajuste e Metas;
- II - aplicação irregular dos recursos financeiros transferidos;
- III - falta de comprovação de regularidade na alimentação mensal do sistema de informação;
- IV - ausência de contrapartida correspondente;
- V - por recomendação da Comissão de Avaliação.

§ 1º - No caso de cancelamento da habilitação da unidade federada, os recursos correspondentes para financiamento das ações pactuadas na CIB, como de responsabilidade do gestor municipal, serão repassados integralmente aos municípios até que cessem as razões que levaram ao impedimento de repasse às unidades federadas.

§ 2º - No caso de suspensão do repasse dos recursos financeiros, a unidade federada poderá recorrer à CIT.

Art. 12 - Além do cancelamento de que trata o artigo anterior, os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas.

Art. 13 - As unidades federadas que apresentarem os Termos de Ajuste em condição de se habilitarem até o último dia útil do mês de setembro de 2000, farão jus, a título de incentivo, ao recebimento de uma parcela correspondente a 1/12 (um doze avos) do valor anual destinado ao respectivo estado referente ao mês imediatamente anterior à habilitação.

Art. 14 - Fica delegada competência à Diretoria Colegiada da ANVISA para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria, submetendo-as quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 15 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

José Serra



PORTARIA Nº 95,
DE 26 DE JANEIRO DE 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

- considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;
- considerando o disposto no artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;
- considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/96, de 5 de novembro de 1996;
- considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a Atenção Básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, e
- considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 15 de dezembro de 2000, resolve:

Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2º - Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica (PAB), bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

José Serra

ANEXO PT GM/MS Nº 95

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOAS-SUS 01/2001

INTRODUÇÃO

A implantação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 91 e, em especial, das NOB-SUS 93 e 96, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um intenso processo de descentralização, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentradas no nível federal.

A partir da implementação do Piso de Atenção Básica, iniciou-se um importante processo de ampliação do acesso à atenção básica. A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde.

Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS.

No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas secretarias de Estado da Saúde (SES).

A experiência acumulada, à medida que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do SUS. Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente quando do processo de discussão da NOB 96, entre dezembro de 1995 e novembro de 1996, mas situavam-se em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o Ministério da Saúde (MS), o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo.

Agregava-se a este cenário a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem de superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

Neste sentido, esta NOAS-SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO I – REGIONALIZAÇÃO

1 - Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1 - O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

I. 1 – Da Elaboração do Plano Diretor de Regionalização

2 - Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

2.1 - Cabe às secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e o encaminhamento ao Ministério da Saúde.

3 - No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

A - O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;

- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/ dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

B - O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

4 - Definir os seguintes conceitos-chave para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no Plano Diretor de Regionalização:

A - Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

B - Módulo assistencial – módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no item 7 - capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o item 7, capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em GPSM, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o item 7, capítulo I, para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

C - Município-sede do módulo assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o item 7, capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

D - Município-pólo – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

E - Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do MS e CIT para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).

5 - Determinar que o Plano Diretor de Regionalização contenha, no que diz respeito à assistência, no mínimo:

A - a descrição da organização do território estadual em regiões/ microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;

B - a identificação das prioridades de intervenção em cada região/ microrregião;

C - o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;

D - a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/ microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

E - os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

F - a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

G - a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

5.1 - A Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) publicará, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Norma, a regulamentação específica sobre o Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à organização da assistência.

I. 2 – Da Ampliação do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

6 - Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – (GPABA).

6.1 - Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação na condição de GPABA: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no Anexo 1 desta Norma.

6.2 - As ações de que trata o Anexo 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.

6.3 - O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica (PAB), acrescidos dos procedimentos relacionados no Anexo 2 desta Norma.

6.4 - Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, será instituído o PAB-Ampliado, e seu valor definido, no prazo de 60 (sessenta) dias, em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva (SE) e da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado não terão acréscimo no valor *per capita*.

6.5 - Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB-Ampliado, após avaliação das secretarias de Estado da Saúde, aprovação da CIB, e homologação da CIT, em relação aos seguintes aspectos:

- a) Plano Municipal de Saúde vinculado à programação físico-financeira;
- b) alimentação regular dos bancos de dados nacionais do SUS;
- c) desempenho dos indicadores de avaliação da atenção básica no ano anterior;
- d) estabelecimento do pacto de melhoria dos indicadores de atenção básica no ano subsequente; e
- e) capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas no subitem 6.1 deste item.

6.6 - A Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) é a estrutura do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo referido no subitem 6.5, e deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, apresentá-los à CIT para deliberação.

I. 3 – Da Qualificação das Microrregiões na Assistência à Saúde

7 - Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

7.1 - Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, detalhadas no Anexo 3 desta Norma.

8 - O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o item 7 - capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica:

8.1 - O financiamento das ações ambulatoriais será feito com base em um valor *per capita* nacional, a ser definido em portaria conjunta da Secretaria Executiva/SE e Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a ser submetida à CIT, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Norma.

8.2 - O financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Teto Financeiro da Assistência/TFA de cada Unidade da Federação.

8.3 - Ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde deverá adicionar recursos ao Teto Financeiro dos Estados para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao *per capita* nacional multiplicado pela população.

8.4 - Nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do Anexo 3 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

9 - O repasse dos recursos de que trata o subitem 8.1, item 8, capítulo I desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

9.1 - Nas Unidades da Federação cujo modelo de regionalização não compreenda microrregiões de saúde, a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde será a menor base territorial de planejamento regionalizado acima do módulo assistencial, ou seja, a região de saúde, desde que essa atenda a todos os critérios requeridos para o reconhecimento da consistência do Plano Diretor de Regionalização e às mesmas condições exigidas para a qualificação das microrregiões descritas nesta Norma e na regulamentação complementar.

9.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde é a estrutura do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a serem submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

9.3 - O processo de qualificação das microrregiões na assistência à saúde será detalhado em regulamentação complementar da Secretaria de Assistência à Saúde, a ser submetida à CIT, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma.

10 - A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a:

A - apresentação pelo gestor estadual do Plano Diretor de Regionalização do estado, aprovado na CIB e CES incluindo o desenho de todas as microrregiões;

B - apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: (i) municípios que compõem a microrregião; (ii) definição dos módulos assistenciais existentes, com explicitação de sua área de abrangência e do município-sede de cada módulo; (iii) vinculação de toda a população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais existentes cubram toda a população do estado.

C - habilitação do(s) município(s)-sede de módulo assistencial em GPSM e de todos os demais municípios da microrregião na condição de GPABA.

D - comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os

municípios do estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada;

E - apresentação do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado entre cada município-sede e o estado, em relação ao atendimento da população referenciada por outros municípios a ele adscritos.

11- Após a qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente aos procedimentos listados no Anexo 3 desta Norma destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos fundo a fundo ao município sede de cada módulo assistencial, sendo que a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos itens 30 e 31 - capítulo II desta Norma.

11.1 - Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em GPAB que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em GPSM, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

I. 4 – Da Organização dos Serviços de Média Complexidade

12- A Atenção de Média Complexidade - MC - compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13 - Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o item 7, capítulo I desta Norma, que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

13.1 - O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência

entre a prática clínica e capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

13.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde elaborará, em 30 (trinta) dias, instrumentos de subsídio à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção, cuja regulamentação específica será submetida à aprovação da CIT.

14 - O processo de Programação Pactuada e Integrada/PPI, coordenado pelo gestor estadual, cujas diretrizes são apresentadas nos itens 24 a 27, capítulo II desta Norma, representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

14.1 - A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde para os diferentes grupos de ações assistenciais – respeitados os limites financeiros estaduais – e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

14.2 - A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor *per capita* estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

14.3 - A programação de internações hospitalares deve compreender: a utilização de critérios objetivos que considerem a estimativa de internações necessárias para a população, a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH, bem como os fluxos de referência entre municípios para internações hospitalares.

14.4 - A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, tratado no item 30, capítulo II desta Norma, implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

15 - Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 – capítulo I desta Norma, no caso das

demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

15.1 - O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

15.2 - Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I. 5 – Da Política de Atenção de Alta Complexidade/Custo no SUS

16 - A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamento das ações.

16.1 - A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal.

17 - O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

A - a definição da alocação de recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência/ TFA do estado para cada área de alta complexidade;

- B - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;
- C - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;
- D - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;
- E - a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;
- F - a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;
- G - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;
- H - a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;
- I - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;
- J - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

18 - Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em GPSM, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

- A - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;
- B - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;
- C - condução do processo de contratação;

D - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

E - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

F - controle, a avaliação e a auditoria de serviços.

18.1 - Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ou Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade, são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar tais funções aos gestores municipais.

19 - Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo foram definidos por meio da Portaria SAS nº 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 1 de junho de 2000.

20 - O financiamento da alta complexidade se dará de duas formas:

A - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação;

B - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), ou de outro mecanismo que venha a substituí-lo com a mesma finalidade e que será gerenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica, a ser estabelecida, no prazo de 60 (sessenta) dias, em ato conjunto da SE e SAS.

21 - O Ministério da Saúde/MS definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

22 - A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo – alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

22.1 - A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

23 - A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria de Estado da Saúde/SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

CAPÍTULO II – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

II. 1 – Do Processo de Programação da Assistência

24 - Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

24.1 - As unidades da federação deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada/PPI, cujo conteúdo será apresentado em regulamentação específica.

24.2 - As unidades da federação poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades e de informações detalhadas acerca da PPI, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

24.3 - A Secretaria de Assistência à Saúde, por intermédio do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, deverá apresentar à CIT, no prazo de 30 (trinta) dias, documento de proposição das diretrizes e princípios orientadores, metodologia e parâmetros referenciais de cobertura e outros instrumentos específicos de apoio à programação da assistência ambulatorial e hospitalar.

25 - Cabe à SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

A - que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Compromissos e Metas Nacionais, sejam discutidos com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

B - a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelas necessidades dos prestadores de serviços;

C - a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de pactuação e alocação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências;

D - a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades sobre as diversas unidades assistenciais de forma coerente com as condições de habilitação e qualificação.

26 - A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela CIB, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

26.1 - Define-se limite financeiro da assistência por município como o limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

26.2 - Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

26.3 - Os municípios habilitados ou que vierem se habilitar na condição de GPSM devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada, conforme detalhado no item 30, capítulo II, e no Anexo 4 desta Norma.

26.4 - Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos à reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas nos itens 31 e 32, capítulo II, e no Anexo 4 desta Norma.

27 - A SES deverá obrigatoriamente encaminhar ao Ministério da Saúde, em prazo a ser estabelecido pela SAS/MS, os seguintes produtos do processo de programação da assistência:

A - publicação no Diário Oficial do Estado do limite financeiro global da assistência por municípios do estado, independente de sua condição de gestão, composto por uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município e uma parcela correspondente às referências intermunicipais;

B - definição de periodicidade e métodos de revisão dos limites financeiros municipais aprovados, que pode se dar em função de: incorporação de novos recursos ao limite financeiro estadual, mudanças na capacidade instalada de municípios, remanejamento de referências entre municípios; imposição pelo município-pólo de barreiras ao acesso da população encaminhada por outros municípios, que colidam com as referências intermunicipais negociadas, entre outros motivos.

II. 2 – Das Responsabilidades de cada Nível de Governo na Garantia de Acesso da População Referenciada

28 - O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

29 - A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

30 - Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, cuja forma é apresentada no Anexo 4 desta Norma.

30.1 - O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios-pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

30.2 - A padronização dos instrumentos que correspondem aos anexos integrantes do Termo de Compromisso de Garantia de Acesso será disponibilizadas aos gestores pela SAS/SAS, no prazo de 30 (trinta) dias, após a publicação desta Norma

31 - A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

A - periodicamente (período não superior a 12 meses), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

B - trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;

C - pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no Anexo 4 desta Norma), a ser informada à CIB em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município-pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

32 - Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em GPSM, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES a SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

33 - Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá participar do processo de programação e assumir, quando necessário, o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II. 3 – Do Processo de Controle, Avaliação e Regulação da Assistência

34 - As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

35 - O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente, nas seguintes dimensões:

A - avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;

B - relação com os prestadores de serviços;

C - qualidade da assistência e satisfação dos usuários;

D - resultados e impacto sobre a saúde da população.

36 - Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão.

37 - O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

37.1 - O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

37.2 - O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na CIB, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

37.3 - Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

37.4 - Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

37.5 - Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

38 - A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

39 - A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

40 - Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades identificadas.

40.1 - A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

41 - A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A - a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/ programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

- B - a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;
- C - a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;
- D - a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II . 4 – Dos Hospitais Públicos sob Gestão de outro Nível de Governo

42 - Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

43 - Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

44 - Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do teto financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

CAPÍTULO III – CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

III . 1 – Condições de Habilitação de Municípios e Estados

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB-SUS01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

45 - A habilitação dos municípios e estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

III. 1. 1 – Do processo de habilitação dos municípios

46 - A partir da publicação desta Norma, e considerando o prazo previsto no seu item 59 – capítulo IV, os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

GESTÃO PLENADA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA; e

GESTÃO PLENADA SISTEMA MUNICIPAL.

46.1 - Todos os municípios que vierem a ser habilitados em GPSPM, de acordo com as normas do item 48, capítulo II, desta Norma, estarão também habilitados em GPABA.

46.2 - Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

47 - Os municípios, para se habilitarem à GPABA, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

- a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- c) Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União;
- d) Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, caso haja neste nível de atenção;
- e) Cumprimento das responsabilidades definidas no subitem 6.1 – item 6 – capítulo I desta Norma;

- f) Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no subitem 6.3, item 6, capítulo I desta Norma;
- g) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- h) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES;
- i) Realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PABA, localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- j) Operação do SIA/SUS e do SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;
- k) Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- l) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- m) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica;
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ ANVISA;
- o) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;
- p) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS.

Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS;

- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde do período em curso, aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município;
- d) Comprovar a disponibilidade de serviços, com qualidade e quantidade suficientes, em seu território, para executar todo o elenco de procedimentos constantes subitem 6.3, item 6, capítulo I desta Norma;
- e) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão;
- f) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
- g) Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;
- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;
- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados;
- k) Submeter-se à avaliação pela SES em relação à capacidade de oferecer todo o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado (EPBA) e ao estabelecimento do Pacto de AB para o ano 2001 e subseqüentes;
- l) Formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária;
- b) Gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas), localizadas no território municipal;
- c) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

48 - Os municípios, para se habilitarem à GPSM, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

- a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;
- c) Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União;
- d) Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto no item 50, capítulo III, desta Norma;
- e) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;
- f) Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território;

- g) Integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares;
- h) Cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;
- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente;
- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB;
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB.

Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS;
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- d) Demonstrar desempenho satisfatório nos indicadores constantes do Pacto da Atenção Básica, de acordo com normatização da SPS;
- e) Demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica, conforme avaliação descrita no subitem 6.5, item 6, capítulo I desta Norma;
- f) Comprovar a oferta com qualidade e em quantidade suficiente, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no Anexo

- 3 desta Norma, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica;
- g) Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria de Estado da Saúde;
 - h) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA;
 - i) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação;
 - j) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, avaliação, à auditoria e ao pagamento dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios;
 - k) Comprovar, por meio da alimentação do SIOFS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
 - l) Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor, como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;
 - m) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
 - n) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde;
 - o) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;
 - p) Comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e de mecanismos de controle e avaliação;
 - q) Comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;

- r) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor *per capita* definido para o financiamento dos procedimentos constantes do Anexo 3 desta Norma, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos;
- b) Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, de acordo com o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado;
- c) Gestão do conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal.

III. 1. 2 – Do processo de habilitação dos Estados

49 - A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

GESTÃO PLENADA DO SISTEMA ESTADUAL

50 – São atributos comuns as duas condições de gestão estadual:

Responsabilidades

- a) Elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização conforme previsto no item 2 – capítulo I desta Norma;
- b) Coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma;
- c) Gestão e gerência de unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;

- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional;
- e) Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade, viabilizando com os municípios-pólo os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso;
- f) Gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados;
- g) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional;
- h) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;
- i) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores;
- j) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;
- k) Estruturação e operação do Componente Estadual do SNA;
- l) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;
- m) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde;
- n) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;
- o) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA;
- p) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma ;

- q) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de GPSM;
- r) Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

Requisitos

- a) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:
 - Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Compromissos, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;
 - programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
 - estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
 - estratégias de reorganização do modelo de atenção;
 - Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos núcleos dos módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais; proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios;
- b) Apresentar a Programação Pactuação Integrada, baseada no Plano de Regionalização, conforme definido no item 5, capítulo I, e Seção II.1, capítulo II desta Norma;
- c) Alimentar com os dados financeiros do Estado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS;
- d) Comprovar o funcionamento da CIB;
- e) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde;

- f) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;
- g) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão;
- h) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA;
- i) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.
- j) Comprovar, por meio de alimentação do SIOFS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000;
- k) Comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;
- l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;
- m) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

51 - Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Avançada do Sistema Estadual:

Responsabilidades

- a) Contratação, controle, avaliação, auditoria e ordenação do pagamento do conjunto dos serviços sob gestão estadual;
- b) Contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;
- c) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos

- a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração;
- b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população;
- c) Dispor de 30% do valor do limite financeiro programado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Assistencial Básico/PAB relativos aos municípios não habilitados;
- b) Transferência de recursos referentes às ações de vigilância sanitária;
- c) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

52 - Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidades

- a) Cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual;
- b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos

- a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração;
- b) Comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação dos serviços ambulatoriais e hospitalares;
- c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população;

- d) Dispor de 50% do valor do Teto Financeiro da Assistência/TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios;
- e) Comprovar disponibilidade orçamentária e mecanismos de pagamento aos prestadores públicos e privados, bem como de repasse aos fundos municipais de saúde.
- f) Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados;
- b) Transferência regular e automática referente às ações realizadas na área de Vigilância Sanitária;
- c) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária;
- d) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua gestão, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima;
- e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

III. 2 – Da Desabilitação

III.2.1 – Da desabilitação dos municípios

53 - Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela CIT.

III.2.1.1 – Da condição de GPABA

54 - Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada serão desabilitados quando:

- A - descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;
- B - apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais por mais de 04 (quatro) meses consecutivos;

C - a cobertura vacinal for menor do que 70% do preconizado pelo PNI para as vacinas: BCG, contra a poliomielite, contra o sarampo e DPT;

D - apresentarem produção de serviços insuficiente, segundo parâmetros definidos pelo MS e aprovados pela CIT, de alguns procedimentos básicos estratégicos;

E - não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;

F - apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

55 - São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

A - não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;

B - falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados;

C - indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.1.2 – Da condição de GPSM

56 - Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal serão desabilitados quando:

A - não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal; ou

B - se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no item 54, capítulo III, desta Norma; ou

C - não cumprirem Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

56.1 - são motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, em período até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;

b) falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;

- c) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.2 – Da desabilitação dos estados

57 - Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados serão desabilitados pela CIT.

57.1 - São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os estados:

- a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacional do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

CAPÍTULO IV – DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

58 - Os municípios habilitados segundo a NOB-SUS 01/96 na GPAB, após avaliados conforme o descrito no subitem 6.5, item 6, capítulo I desta Norma, estarão habilitados na GPABA.

59 - Os municípios terão os seguintes prazos, a partir da publicação desta Norma, para se habilitarem de acordo com o estabelecido pela NOB-SUS 01/96:

- 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma para dar entrada no processo de habilitação junto à CIB;
- 60 (sessenta) dias para homologação da habilitação pela CIT;

60 - Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena Atenção Básica e os que se habilitarem conforme previsto no item 59, deste capítulo, deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em GPABA.

61 - Os municípios atualmente habilitados em GPSM e os que se habilitarem conforme previsto no item 59, deste capítulo, deverão se adequar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, às condições estabelecidas para a habilitação em GPSM definidas nesta Norma, sob pena de desabilitação na modalidade.

61.1 - Estes municípios poderão se manter habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica ou Atenção Básica Ampliada, de acordo com a avaliação descrita nos Subitens 6.5 e 6.6, item 6, capítulo I desta Norma.

62 - Os estados, cujos processos de habilitação já se encontram tramitando no Ministério da Saúde, terão 60 (sessenta) dias a partir da data de publicação desta Norma, para resolver as pendências, de forma a poder se habilitar de acordo com as regras da NOB-SUS 01/96.

63 - As responsabilidades, fluxos e prazos para melhor operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação serão definidas em portaria da SAS/MS, dentro de 30 (trinta) dias, a partir da data de publicação desta Norma.

64 - Os estados deverão elaborar, 120 (cento e vinte) dias após a publicação da regulamentação dos planos de regionalização e da PPI prevista nesta Norma os respectivos planos diretores de regionalização e PPI.

64.1 - Os municípios localizados em estados que não cumprirem o prazo de que trata este item poderão, enquanto persistir esta situação, habilitar-se de acordo com as regras de habilitação previstas na NOB-SUS 01/96.

65 - No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOB-SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, no que couber.

ANEXO 1 – NOAS-SUS 01/2001

Responsabilidades e Ações Estratégicas Mínimas de Atenção Básica

I) Controle da tuberculose

II) Eliminação da hanseníase

III) Controle da hipertensão

- -

III) Controle da hipertensão

IV) Controle da diabetes melittus

- -

V) Ações de saúde bucal

VI) Ações de saúde da criança

VII) Ações de saúde da mulher

ANEXO 2 – NOAS-SUS 01/2001

Elenco de Procedimentos a Serem Acrescentados aos da Relação Atual de Atenção Básica,
Financiada pelo PAB

Nota: Além dos procedimentos relacionados, o nível “ampliado” deve compreender posto de coleta laboratorial devidamente equipado, seguindo normas técnicas do Ministério da Saúde.

ANEXO 3-A – NOAS-SUS 01/2001

Elenco Mínimo de Procedimentos da Média Complexidade Ambulatorial, a Ser Ofertado nos Municípios-Sede de Módulos Assistenciais

Seq.	Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
------	----------------------	----------------

Grupo 10 - Ações Especializadas em Odontologia

Grupo 13 - Radiodiagnóstico

SEIOS DA FACE - F.N. + M.N. + LATERAL

Grupo 14 - Exames Ultra-sonográficos

Grupo 18 - Fisioterapia (por sessão)

Grupo 19 - Terapias Especializadas (por terapia)

ANEXO 3-B – NOAS-SUS 01/2001

Serviços de Internação Hospitalar Obrigatoriamente Disponíveis em Municípios-Sede de Módulos Assistenciais

Os municípios-sede de módulos assistenciais deverão dispor de leitos hospitalares, no mínimo, para o atendimento básico em:

- Clínica médica;
- Clínica pediátrica;
- Obstetrícia (parto normal).

ANEXO 4 – NOAS-SUS 01/2001

Termo de Compromisso para Garantia de Acesso

Termo de Compromisso que entre si celebram a Secretaria de Estado da Saúde de e a Secretaria Municipal da Saúde de, visando a garantia de acesso da população referenciada por outros municípios aos serviços de saúde localizados no Município

O Governo do Estado de, por intermédio da sua Secretaria de Estado da Saúde, com sede nesta cidade, na Rua (Av.), inscrita no CNPJ sob nº, neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade nº, expedida pelo, e inscrito no CPF/MF sob o nº, doravante denominada apenas SES -, e o Governo Municipal de, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, neste ato representada por seu Secretário Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ sob nº (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade nº, expedida pelo, e inscrito no CPF/MF sob o nº, doravante denominada apenas SMS -, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis nº8.080/90 e 8.142/90, a Norma Operacional Básica nº 01/96 do Sistema Único de Saúde – SUS, resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, que se regerá pelas normas gerais da Lei nº8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, bem como pelas portarias [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas e condições :

Cláusula primeira – Do Objeto

O presente Termo de Compromisso tem por finalidade e objetivo o estabelecimento de compromissos de atendimento pela SMS, habilitada à condição de GPSM às referências intermunicipais ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, definidas na Programação Pactuada Integrada - PPI, visando a garantia de atenção às necessidades de saúde dos cidadãos, independente de seu município de residência, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e integridade da atenção.

§ 1º - A PPI compreenderá a explicitação dos fluxos de referência acordados entre gestores municipais; os relatórios consolidados das ações e serviços de referência a serem prestados pelo município; o montante de recursos financeiros correspondente

a essas referências; o limite financeiro do município (discriminando os recursos da população própria e os relativos às referências intermunicipais); os mecanismos de operacionalização e/ou acompanhamento dos acordos e os critérios de revisão dos compromissos estabelecidos.

§ 2º - O objeto previsto no presente Termo decorrerá de um processo prévio de realização da PPI coordenada pelo gestor estadual e aprovada pela CIB-....., em que a SMS-..... se compromete a atender, em serviços disponíveis em seu território, à população residente nos(em) municípios, listados no Anexo 1 que faz parte integrante deste termo, conforme especificado na Cláusula Terceira.

Cláusula segunda – Da Execução

O presente termo de compromisso deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas pactuadas e a legislação pertinente, respondendo cada uma pelas conseqüências de sua inexecução total ou parcial.

Cláusula terceira – Dos Compromissos das Partes

I - São compromissos da SES-.....

- a) apoiar a SMS a implementar estratégias e instrumentos que facilitem o acesso da população referenciada aos serviços localizados no município de acordo com o Plano Operativo descrito no Anexo II;
- b) revisar e realizar ajustes na programação físico-financeira das referências, de forma a assegurar o acesso da população a todos os níveis de atenção, de acordo com a periodicidade e critérios estabelecidos na Cláusula Sexta;
- c) acompanhar as referências intermunicipais, inclusive por meio de auditoria do sistema municipal;
- d) nos casos de constatação de existência de barreiras de acesso ou tratamento discriminatório aos residentes em outros municípios, suprimir a parcela do limite financeiro do município relativa às referências intermunicipais, conforme a Cláusula Sétima;
- e) comunicar ao MS o valor do limite financeiro da assistência do município, explicitando o montante relativo à população própria e à população referenciada - conforme Anexo III - bem como quaisquer alterações, seja na parcela da população própria quanto na parcela de referência decorrente de revisões, ajustes ou sanções previstos neste Termo.

II - São compromissos da SMS-.....

- a) disponibilizar os serviços constantes do Anexo I à população referenciada por outros municípios, sem discriminação de acesso e de qualidade do atendimento prestado (escolha do prestador, forma de pagamento ou valores diferenciados de acordo com a procedência, etc.);
- b) organizar no município, conforme especificado no Plano Operativo (Anexo II), o acesso dos usuários às ações e serviços de referência;
- c) prever nos contratos dos prestadores e na programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde situados em seu território, a realização dos atendimentos à população de outros municípios;
- d) exercer as ações de controle e avaliação, de auditoria e outras relacionadas à garantia de qualidade dos serviços ofertados em seu território;
- e) alimentar regularmente o SIA/SUS e o SIH/SUS, bem como organizar internamente as informações relativas aos atendimentos prestados à população residente em outros municípios, de forma a facilitar as revisões dos acordos de referências intermunicipais, previstas na Cláusula Sexta.

Cláusula quarta – Da Vigência

A vigência do presente Termo de Compromisso terá início na data de sua assinatura, com duração de 12 (doze) meses, em coerência com revisão periódica da PPI, podendo ser prorrogado, mediante Termo Aditivo, por período igual, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, em conformidade com a Lei n^o 8.666/93 e suas alterações, caso haja anuência das partes.

Cláusula quinta – Dos Recursos Financeiros

A Secretaria de Estado da Saúde se compromete a utilizar os recursos financeiros oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS, dentro da disponibilidade do seu Teto Financeiro da Assistência, para o desenvolvimento deste termo e informará ao Ministério da Saúde – MS, no prazo determinado, o montante mensal a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de conforme explicitado no Anexo III deste Instrumento, podendo operacionalizar as revisões estabelecidas na Cláusula Sexta. Dotação Orçamentária.

Cláusula sexta – Dos Mecanismos de Garantia de Acesso

Cada partícipe se responsabilizará pela garantia de acesso, de acordo com os mecanismos abaixo:

- I - a SES apoiará a SMS-..... na implantação de mecanismos de organização dos fluxos de referência intermunicipais e garantia de acesso da população aos serviços em todos os níveis de atenção, assim como orientará as demais SMS na organização do encaminhamento de pacientes e avaliação dos desdobramentos desses encaminhamentos, conforme detalhado no Plano Operativo (Anexo II);
- II - a SMS implantará mecanismos de organização dos fluxos de referência e garantia de acesso da população residente em outros municípios aos serviços localizados em seu território, conforme detalhado no Plano Operativo (Anexo II);
- III - a Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o atendimento intermunicipal de referência e realizará ajustes periódicos ou sempre que necessário, conforme especificado na Cláusula Sexta, de forma a garantir o volume de recursos adequado para o atendimento da população em todos os níveis de atenção, independente de seu município de residência, dentro dos limites financeiros estabelecidos na PPI.
- IV - a SMS-..... não poderá negar atendimento a pessoas residentes em outros municípios em casos de urgência e emergência, sendo que, no caso da demanda por serviços extrapolar a programação das referências apresentada no Anexo I deste Termo, caberá à SMS-..... registrar os atendimentos prestados e informar à SES, para que se acordem os ajustes necessários na programação físico-financeira, conforme previsto na Cláusula Sexta.

Cláusula sétima – Do Acompanhamento e das Revisões

- I - A Secretaria de Estado da Saúde deverá sistematizar as informações sobre os fluxos intermunicipais de referências, coordenar a revisão periódica da PPI [estabelecer periodicidade], monitorar o cumprimento do presente Termo, realizar ajustes pontuais e prestar contas por meio de informes mensais à CIB acerca do seu andamento.
- II - A Secretaria de Estado da Saúde deverá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais alocadas até então no município em decorrência das seguintes situações:
 - a) Em período não superior a 12 (doze) meses (especificar periodicidade), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB, que considere mudanças na capacidade instalada, no fluxo de pacientes entre municípios, prioridades assistenciais, constatação de desequilíbrio entre os valores correspondentes às

referências e na efetiva prestação de serviços e disponibilidade financeira.

- b) Trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente.
- c) Pontualmente, se um município constante do Anexo I passar a ofertar em seu território para a sua própria população um serviço anteriormente referenciado para o município, constante na relação do Anexo I deste Instrumento.
- O município deverá solicitar formalmente à Secretaria de Estado da Saúde por meio de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município para o seu próprio município, justificando a alteração.
 - A SES poderá, constatada a pertinência do cadastramento e a programação para o novo serviço, realocar os recursos do município para que a população do município solicitante em questão passe a ser atendida em seu município de residência.
 - O município deverá ser comunicado acerca da mudança pela SES com 60 (sessenta) dias de antecedência, por meio de ofício e envio de versão modificada do Anexo I e do Anexo III deste Termo.
 - Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.
- d) Pontualmente, se um município constante no Anexo I considerar oportuno redirecionar referências de sua população do município para outro município que disponha do serviço necessário.
- O município deverá solicitar formalmente à SES por meio de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município para o outro município-pólo, justificando a alteração.
 - A SES, constatada a pertinência da solicitação, a disponibilidade para ofertar os serviços solicitados e a anuência do gestor do novo município de referência, realocar para este último os recursos correspondentes anteriormente alocados no município
 - O município deverá ser comunicado acerca da mudança com 60 (sessenta) dias de antecedência, por meio de ofício e envio de versão modificada do Anexo I e do Anexo III deste Termo.

- Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.
- e) Pontualmente, em caso de problemas no atendimento pelo município de referência à população procedente de outros municípios ou de não-cumprimento dos compromissos estabelecidos no presente Termo detectados pela SES-....., SMS-..... ou por outras SMS envolvidas.
- O problema deverá ser comunicado à SES, para que esta adote medidas de apuração do caso e de negociações entre as partes envolvidas, tais como: contato direto entre a SES e a SMS-.....; convocação pela SES de reunião entre os gestores municipais implicados ou de reunião de fórum regional preexistente, se for o caso (CIB regional, grupo regional de PPI, etc) [especificar a instância em cada Termo], realização de auditorias de sistema etc;
 - A SES deverá conduzir os encaminhamentos e correções na programação das referências, caso necessário.
 - Nas situações em que o encaminhamento da SES implique alterações neste Termo, o município deverá ser comunicado imediatamente por meio de ofício e envio de versão modificada do Anexo I e do Anexo III.
 - Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.
- III - As alterações efetuadas na parcela do limite financeiro correspondente às referências intermunicipais deverão ser comunicadas ao MS no formato apresentado no Anexo III, para as providências de publicação e mudança no montante transferido ao FMS-.....
- IV - A CIB é a instância de recurso caso alguma das partes considere-se prejudicada pelas alterações abordadas no inciso II deste termo.
- V - Em casos extremos de descumprimento deste Termo, poderão ser aplicadas as sanções previstas no item VI desta Cláusula Sétima.
- VI - Caso a SMS-..... não cumpra com os compromissos assumidos neste termo ou restrinja o acesso ou ainda discrimine o atendimento à população referenciada, poderá a SES:
- a) suprimir a parcela do limite financeiro do município relativa às referências intermunicipais e comunicar ao MS para as providências relativas à transferência de recursos; e
 - b) encaminhar à CIB processo de desabilitação do município da condição de GPMS.

Cláusula oitava – Da Publicação

A SES -..... providenciará a publicação do Extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

Cláusula nona – Da Denúncia

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias a partir do 6º (sexto) mês de vigência

Cláusula décima – Dos Casos Omissos

Os casos omissos ou excepcionais não previstos neste Termo serão consultados aos partícipes por escrito e resolvidos conforme disposto na legislação aplicável, em especial a Lei nº 8.666/93 e suas alterações.

Cláusula décima primeira – Do Foro

Fica eleito o foro da Comarca de, Estado de, para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

E, por estarem, assim justo e pactuado, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Localidade, Data,

Secretário de Estado da Saúde

Secretário Municipal de Saúde

Testemunhas (demais SMS implicados)

CIC

ANEXO 5 – NOAS-SUS 01/2001

Termo de Compromisso para Garantia de Acesso que entre si celebram o Município de por meio intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde e o Estado de por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, visando a formalização de contratações de serviços de saúde ofertados.

O Município de....., por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº, situada na rua (Av.)..... neste ato representada pelo Secretário Municipal de Saúde, Dr., brasileiro, (profissão), portador da carteira de identidade nº, expedida pela, e inscrito no CPF/MF sob nº doravante denominada simplesmente SMS e o Estado, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, Dr., brasileiro, (profissão), portador da carteira de identidade nº, expedida pela e inscrito no CPF/MF sob nº, doravante denominada simplesmente SES, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, a Norma Operacional Básica nº 01/96 do Sistema Único de Saúde – SUS, resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, que se regerá pelas normas gerais da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, bem como pelas portarias [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas e condições :

Cláusula primeira – Do Objeto

O presente Termo tem por objeto formalizar a contratação dos serviços de saúde ofertados e respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares estaduais, sob gerência do Estado, localizadas no Município de, definindo o papel do hospital no sistema municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas físicas a serem cumpridas; volume de prestação de serviços; grau de envolvimento do hospital na rede estadual de referência; humanização do atendimento; melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e outros fatores que tornem o hospital um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde - SUS.

§ - 1º A formalização da contratação se dará por meio da fixação de metas físicas mensais dos serviços ofertados, conforme Cláusula Segunda, e a forma de pagamento será a constante da Cláusula Quinta, ambas desse Termo.

§ - 2º São partes integrantes desse Termo de Compromisso os anexos: Anexo I contendo a relação dos hospitais e o Anexo II com o Plano Operativo Anual de cada hospital relacionado no Anexo I.

Cláusula segunda – Da Execução do Plano Operativo Anual

Fica devidamente acordada a execução do Plano Operativo Anual de cada hospital constante do Anexo II do presente Termo, contemplando o papel de cada unidade hospitalar no planejamento municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência dos municípios a serem atendidos e o perfil dos serviços a serem oferecidos, previamente definidos no Plano de Regionalização e na Programação Pactuada Integrada do Estado.....

§ - 1º O Plano Operativo Anual conterà as metas físicas anuídas e assumidas pela SES relativas ao período de 12 (doze) meses, com início a partir da data de assinatura do presente contrato, sendo essas anualmente revistas e incorporadas ao presente Termo de Compromisso, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ - 2º As metas físicas acordadas e conseqüentemente o valor global mensal poderão sofrer variações no decorrer do período, observando-se o limite mensal de 10 % (a maior ou a menor), verificados o fluxo da clientela e as características da assistência, tornando-se necessário que a SMS e a SES promovam as alterações respectivas, de acordo com a Cláusula Sétima deste Termo.

Cláusula terceira – Dos Compromissos das Partes

I - DA SMS - a Secretaria Municipal de Saúde compromete-se a:

- a) autorizar o repasse mensal, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde, retirado do limite financeiro da assistência do Município, dos recursos de que trata a Cláusula Quinta.
- b) exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados no hospital.
- c) monitorar os hospitais constantes do Anexo I na execução do Plano Operativo Anual.
- d) analisar, com vistas à aprovação, os Relatórios Mensais e Anuais emitidos pela SES, comparando as metas com os resultados alcançados e com os recursos financeiros repassados.

e) encaminhar os atendimentos hospitalares, exceto de urgência e emergência, incluindo as cirurgias eletivas, através da Central de Regulação, onde houver.

II - DA SES - A Secretaria de Estado da Saúde se compromete a:

a) apresentar a SMS o Relatório Mensal até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados.

b) apresentar a SMS o Relatório Anual até o vigésimo dia útil do mês subsequente ao término do período de doze meses, incluindo informações relativas à execução deste Termo de Compromisso com a apropriação por unidade hospitalar.

c) apresentar as informações previstas no Plano Operativo Anual referente aos hospitais constantes do Anexo I.

d) alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS em substituição ou complementar a estes, ou que seja acordado entre o Ministério da Saúde e a SES.

e) disponibilizar todos os serviços dos hospitais constantes no Anexo I na Central de Regulação, quando houver.

f) cumprir, através dos hospitais constantes no Anexo I, o Plano Operativo Anual, conforme estabelecido no Anexo II do presente Termo.

g) disponibilizar recursos de consultoria especializada, para programas de desenvolvimento organizacional dos hospitais, dentro de suas disponibilidades.

h) garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, independente do limite fixado pela SMS constante do Plano Operativo Anual.

III - DA SMS E SES - A Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde se comprometem conjuntamente a:

a) elaborar o Plano Operativo Anual de acordo com a Programação Pactuada Integrada Municipal e Regional.

b) promover as alterações necessárias no Plano Operativo Anual, sempre que a variação das metas físicas e conseqüentemente o valor global mensal ultrapassar os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda.

- c) informar ao Ministério da Saúde, quando houver alteração dos recursos financeiros de que trata a Cláusula Quinta, através de ofício conjunto, até o dia 10 do mês seguinte à alteração, o volume de recursos mensal a ser retirado do limite financeiro da assistência do Município e repassado ao Fundo Estadual de Saúde.

Cláusula quarta – Da Vigência

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 12 (doze) meses, com início a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado através Termo Aditivo, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, mediante acordo entre os participantes, com aviso prévio de 30 (trinta) dias.

Cláusula quinta – Dos Recursos Financeiros

Para a execução do presente Termo de Compromisso (ou de Cooperação), serão destinados recursos financeiros no montante de R\$ por ano, retirados do limite financeiro da assistência do Município/SMS, de forma proporcional ao atendimento da população residente no município e ao atendimento à referência intermunicipal, e repassados ao ESTADO/SES pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único - Os recursos anuais a serem destinados pela SMS para a execução desse Termo serão repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos mensais ao Fundo Estadual de Saúde. Dotação Orçamentária.....

Cláusula sexta – Do Acompanhamento e da Avaliação dos Resultados

O acompanhamento e avaliação dos resultados do presente Termo serão realizados por uma Comissão de Acompanhamento, a ser composta pela SMS e SES, que designarão, de forma paritária, um ou mais técnicos.

§ 1º - Essa Comissão, reunir-se-á no mínimo, trimestralmente, para realizar o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais, avaliando a tendência do cumprimento das metas físicas pactuadas, podendo propor, ainda a SMS e a SES modificações nas Cláusulas deste Termo, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Plano Operativo Anual.

§ 2º - A Comissão de Acompanhamento deverá reunir-se sempre que os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda forem superados para avaliar a situação e, propor as alterações necessárias nesse Termo.

§ 3º - A SMS, sem prejuízo das atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Acompanhamento desse Termo, procederá a:

- a) análise dos Relatórios Mensais e Anuais enviados pela SES e dos dados disponíveis no SIA e SIH.
- b) realização de forma permanente de ações e atividades de acompanhamento, apoio e avaliação do grau de consecução das metas.
- c) realização, a qualquer tempo, de auditorias operacionais pelo componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, dentro de suas programações de rotina ou extraordinárias, utilizando metodologia usual ou específica, e por outros componentes.

§ 4º - A SMS informará a SES sobre a realização de auditorias nos hospitais constantes no Anexo I.

Cláusula sétima – Das Alterações

A SMS e a SES poderão, de comum acordo, alterar o presente Termo e o Plano Operativo Anual, com exceção no tocante ao seu objeto, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ 1º - O volume de recursos repassados em cumprimento ao objeto desse presente Termo poderá ser alterado, de comum acordo, nas seguintes hipóteses:

- a) variações nas metas físicas e conseqüentemente no valor global mensal superiores aos limites estabelecidos no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda e que impliquem alterações financeiras;
- b) alteração a qualquer tempo das cláusulas desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que impliquem novos valores financeiros;
- c) revisão anual do Plano Operativo Anual.

§ 2º - As partes somente poderão fazer alterações nesse Termo de Compromisso e no Plano Operativo Anual, se decorridos no mínimo 90 (noventa) dias após a publicação do presente instrumento ou de seu respectivo Termo Aditivo.

Cláusula oitava – Da Inadimplência

Para eventuais disfunções havidas na execução deste Termo, o valor relativo ao repasse estabelecido na Programação financeira constante na Clausula Quinta poderá,

mediante informação à SES, ser alterado pela SMS, total ou parcialmente, nos seguintes casos:

- I - não cumprimento do presente Termo de Compromisso;
- II- fornecimento pela SES de informações incompletas, extemporâneas ou inadimplentes nos formatos solicitados pela SMS, obstaculização da avaliação, da supervisão ou das auditorias operacionais realizadas pôr órgãos de qualquer nível de gestão do SUS e na falta da apresentação dos Relatórios Mensais e Anuais;
- III - não alimentação dos sistemas de informação.

Cláusula nona – Da Publicação

A SMS e a SES providenciarão a publicação do extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei n^o 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

Cláusula décima – Da Denúncia

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias a partir do 6^o (sexto) mês de vigência

Cláusula décima primeira – Dos Casos Omissos

No decorrer da vigência desse Termo de Compromisso (ou Cooperação), os casos omissos, as controvérsias entre a SMS e a SES relativas à interpretação ou à aplicação desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que a Comissão de Acompanhamento não consiga resolver, as partes diligenciarão para solucioná-las, pela negociação.

Parágrafo único - Se a Comissão de Acompanhamento não conseguir resolver as controvérsias, essas serão submetidas à apreciação da CIB do Estado de.....

Cláusula décima segunda – Do Foro

Fica eleito o foro da Comarca de, Estado de, para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

E, por estarem, assim **PORTARIA Nº 17,**

DE 13 DE FEVEREIRO DE 2001 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**

SECRETARIA EXECUTIVA

SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando

- a expansão do Cartão Nacional de Saúde para toda a população brasileira;
- a necessidade de integração de sistemas de cadastramento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- as manifestações dos gestores, efetuadas por ocasião da reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 19 de outubro de 2000; e
- a contribuição do cadastramento de usuários do SUS para a atualização da base de dados do Programa de Integração Social e para o aperfeiçoamento do Cadastro Nacional de Informações Sociais CNIS, resolve:

Art. 1º - Instituir o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde, que passa a compor o banco de dados do SUS.

Art. 2º - Aprovar o formulário para o cadastramento de usuários e domicílios, constante do Anexo I desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Usuários do SUS.

§ 1º - O município ou estado poderá incluir novos campos no formulário, desde que a inclusão não comprometa o envio das informações no formato padronizado nacionalmente.

§ 2º - No caso da inclusão de novos campos no formulário, o processamento dos dados incluídos é de responsabilidade do município ou estado.

Art. 3º - Estabelecer que o cadastramento dos usuários do SUS terá por base o domicílio, será feito em todo território nacional e será de responsabilidade dos municípios habilitados em alguma das condições de gestão do SUS.



PORTARIA Nº 17,
DE 13 DE FEVEREIRO DE 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando

- a expansão do Cartão Nacional de Saúde para toda a população brasileira;
- a necessidade de integração de sistemas de cadastramento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- as manifestações dos gestores, efetuadas por ocasião da reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 19 de outubro de 2000; e
- a contribuição do cadastramento de usuários do SUS para a atualização da base de dados do Programa de Integração Social e para o aperfeiçoamento do Cadastro Nacional de Informações Sociais CNIS, resolve:

Art. 1º - Instituir o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde, que passa a compor o banco de dados do SUS.

Art. 2º - Aprovar o formulário para o cadastramento de usuários e domicílios, constante do Anexo I desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Usuários do SUS.

§ 1º - O município ou estado poderá incluir novos campos no formulário, desde que a inclusão não comprometa o envio das informações no formato padronizado nacionalmente.

§ 2º - No caso da inclusão de novos campos no formulário, o processamento dos dados incluídos é de responsabilidade do município ou estado.

Art. 3º - Estabelecer que o cadastramento dos usuários do SUS terá por base o domicílio, será feito em todo território nacional e será de responsabilidade dos municípios habilitados em alguma das condições de gestão do SUS.

§ 1º - As Secretarias Estaduais de Saúde deverão assumir a responsabilidade pela operacionalização do cadastramento nos seguintes casos:

- I - quando houver a expressa manifestação do município em não realizá-lo;
- II - quando o município não iniciar o processo de cadastramento até 3 (três) meses após a entrada em vigor desta portaria;
- III - nos casos de municípios não habilitados em alguma das condições de gestão previstas pela NOB-SUS 01/96.
- IV - quando o município não conseguir realizar o cadastramento de sua população nos prazos e condições estabelecidas nesta Portaria e nas demais normas que regulamentarão o tema.

§ 2º - Considera-se como início do processo de cadastramento a assinatura do Termo de Adesão, que será disponibilizado pelo Ministério da Saúde;

§ 3º - O Ministério da Saúde deverá realizar o cadastramento nos casos especificados anteriormente e em que as Secretarias Estaduais de Saúde não o realizarem.

Art. 4º - Os Gestores Estaduais são responsáveis pela coordenação do processo de cadastramento em seu estado, com a devida cooperação deste Ministério.

Art. 5º - Instituir a Comissão de Coordenação e Acompanhamento do Cadastramento de Usuários do SUS no âmbito do Ministério da Saúde, composta por representantes de:

- I - Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde;
- II - Secretaria de Assistência à Saúde;
- III - Secretaria de Política de Saúde;
- IV - Secretaria Executiva.

§ 1º - A coordenação da Comissão será exercida pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde;

§ 2º - A Comissão de Coordenação e Acompanhamento do Cadastramento de Usuários do SUS no âmbito do Ministério da Saúde poderá convidar outras instituições para apoiar o processo de cadastramento, considerando em especial o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Art. 6º - Estabelecer que as atividades de cadastramento dos usuários contarão com a cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde.

§ 1º - O Ministério da Saúde remunerará os cadastros válidos, por meio da inclusão de procedimentos correspondente na tabela de remuneração do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS;

§ 2º - O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos valores aos Fundos Municipais e/ou estaduais de Saúde correspondentes.

§ 3º - O DATASUS disponibilizará sistema para digitação e validação dos dados cadastrais no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta Portaria, e definirá os fluxos para coleta, envio e revisão de informações cadastrais.

Art. 7º - Definir que o cadastramento de que trata o art. 1º será executado mediante adesão, pelos municípios ou estados que se habilitarem a realizá-lo, de acordo com Termo de adesão a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. A responsabilização dos estados pela coordenação do processo de cadastramento, conforme estabelecido no art. 4º, também se dará mediante adesão, de acordo com Termo a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Art. 8º - Definir que a responsabilidade pela manutenção do Cadastro de Usuários do SUS é dos municípios, com o devido apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde.

Art. 9º - Estabelecer que os órgãos executores do cadastramento e os gestores da base de dados têm responsabilidade quanto ao sigilo das informações cadastrais e quanto à integridade dos cadastros.

Art. 10 - Delegar competências ao Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde SIS/MS, para a normatização complementar do fluxo de informações e processamento dos cadastros, forma de remuneração pelas atividades de cadastramento, análise dos pleitos municipais de adesão e demais providências para o alcance dos objetivos da presente portaria.

Art. 11 - Estabelecer que o prazo final para o cadastramento de usuários e domicílios do SUS é de 12 meses, a partir da data de publicação desta Portaria.

Art. 12 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de janeiro de 2001 até a competência dezembro de 2001.

Art. 13 - Revogam-se as disposições em contrário e em especial a Portaria nº 17, de 4 de janeiro de 2001.

Barjas Negri



PORTARIA Nº 483,
DE 6 DE ABRIL DE 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais,

- considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e serviços de assistência à saúde, com equidade;
- considerando a edição da Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000, que estabelece a vinculação de receita tributária líquida dos três níveis de governo no financiamento do setor saúde;
- considerando o inciso XI, do artigo 7, do capítulo II, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”;
- considerando o artigo 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1991, que estabelece que o “processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”, e
- considerando o disposto na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, em especial seu capítulo II - Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS, item II.1 Do Processo de Programação da Assistência, resolve:

Art. 1º - Estabelecer que são objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência:

- I - garantir a equidade do acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

- II - assegurar a alocação de recursos centrada na lógica de atendimento às reais necessidades de saúde da população;
- III - explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem o montante de recursos do SUS destinados às ações e serviços de saúde;
- IV - consolidar o papel das secretarias estaduais de saúde na coordenação da política estadual de saúde; na regulação geral do sistema estadual de saúde e na macro alocação dos recursos do SUS destinados pelo nível federal e pelo próprio estado, para o financiamento da assistência, no apoio e assessoria técnica aos municípios, na promoção da integração dos sistemas municipais de saúde em sistemas funcionais em cada região e no desenvolvimento do modelo de gestão e de novos mecanismos gerenciais;
- V - estabelecer processos e métodos que assegurem a condução única do sistema de saúde em cada esfera de governo;
- VI - consubstanciar as diretrizes de regionalização da assistência à saúde, mediante a adequação dos critérios de distribuição dos recursos, dando concretude à conformação de redes assistenciais;
- VII - a memória da pactuação das metas físicas e financeiras relativas às referências intermunicipais resultantes do processo de PPI deverá ser assinado pelos gestores envolvidos e integrará o Anexo I dos Termos de Compromissos para Garantia de Acesso.
- VIII - definir os limites financeiros globais para a assistência de todos os municípios, compostos por parcela destinada para o atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios;
- IX - contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação dos resultados e controle das ações e serviços de saúde; e
- X - explicitar a programação dos recursos estaduais e municipais respeitada a autonomia dos vários níveis de gestão e realidades locais.

Art. 2º - Definir que o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência deve ser norteado pelas seguintes diretrizes gerais:

- I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada estado e município, de forma ascendente, coerente com os respectivos Planos Estadual e Municipais de Saúde, Agenda de Saúde e Quadro de Metas para o ano correspondente;

- II- assegurar que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde sejam submetidos à aprovação dos Conselhos de Saúde e que os parâmetros assistenciais de referência para a programação sejam objeto de discussão e pactuação intergestores;
- III- orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;
- IV - compreender a alocação do total dos recursos financeiros do SUS – federais, estaduais e municipais – previstos para o financiamento das ações e serviços de assistência à saúde, em cada unidade federada;
- V - ser coordenado pelo gestor estadual e seus resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em cada unidade federada.

Art. 3º - Definir que os recursos estaduais e municipais destinados ao SUS, inclusive às ações e serviços assistenciais de saúde, deverão ser explicitados e seus valores apresentados segundo a abertura programática definida na Portaria nº 42, do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, de 14 de abril de 1999, publicada no DOU de 15 de abril de 1999 e conforme o Sistema de Informação e Orçamentos Públicos (SIOPS).

Art. 4º - Estabelecer que as unidades federadas devem apresentar à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS – os seguintes produtos:

- I - Agenda Estadual de Saúde e Quadro de Metas Estadual;
- II - cópia da publicação no Diário Oficial do Estado dos limites de recursos federais previstos para o financiamento da assistência em todos os municípios, aprovados na CIB, independente do tipo de habilitação municipal e da forma vigente de repasse dos recursos;
 - II. 1 - o Limite Financeiro da Assistência deverá explicitar, em cada município, o total de recursos federais previstos para as ações e serviços prestados em seu território e desdobrado em dois componentes, a saber: a parcela de recursos que corresponde à assistência à saúde da própria população e a parcela que corresponde às referências intermunicipais, definidas após a negociação e pactuação formal entre os gestores municipais;
- III- síntese da programação dos recursos financeiros estaduais destinados ao SUS, segundo a abertura programática definida no artigo 3º desta Portaria, detalhando, de acordo com as aberturas orçamentárias e/ou programáticas adotadas pelo estado, os recursos destinados às ações e serviços de assistência à saúde aprovados no CES;

IV - documento, aprovado na CIB, contendo a definição da periodicidade para a revisão dos limites financeiros municipais publicados;

V - quadro síntese dos critérios e parâmetros de distribuição de recursos adotados.

Art. 5º - Estabelecer que o processo de programação da assistência, no âmbito nacional, fica sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS –, a quem caberá orientar, subsidiar e avaliar as propostas estaduais de programação de metas físicas e financeiras para a assistência à saúde.

Art. 6º - Estabelecer que a elaboração da Programação da Assistência à Saúde para 2001 deverá estar consolidada, no âmbito nacional, em até 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da publicação desta Portaria.

Art. 7º - Definir que a Programação da Assistência deve se orientar pelo documento, “Organização e Programação da Assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar”, a ser aprovado no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Portaria.

Art. 8º - Determinar a constituição, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da publicação desta Portaria, de Grupo de Trabalho, com a incumbência de elaborar proposta de unificação da abertura programática dos recursos SUS, inclusive para a assistência dos diversos níveis de governo.

Parágrafo único. O Grupo de Trabalho de que trata este artigo será formado por 4 (quatro) membros do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), 4 (quatro) do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e 4 (quatro) do Ministério da Saúde.

Art. 9º - Definir que o disposto nesta Portaria não impõe a estados e municípios nenhuma obrigatoriedade em complementar a tabela nacional do SUS.

Art. 10 - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

José Serra



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01, EM 6 DE ABRIL DE 2001

Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

- considerando que a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 atualiza a regulamentação da Assistência incorporando os resultados dos avanços obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do SUS;
- considerando que a NOAS-SUS 01/2001 é um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios;
- considerando que a NOAS-SUS 01/2001 dá continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, que foi fortalecido com a Norma Operacional Básica NOB-SUS 01/1996;
- considerando a importância da regionalização como estratégia para a reorganização da assistência à saúde, visando ao acesso a todos os níveis de atenção à saúde, com a ampliação da atenção básica e garantia da referência aos demais níveis de atenção, e
- considerando a necessidade de regulamentar a NOAS-SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, resolve:

CAPÍTULO I – DA HABILITAÇÃO

Art. 1º - Regulamentar a habilitação nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, explicitando as responsabilidades, os requisitos e as prerrogativas das gestões municipal e estadual.

Art. 2º - O processo de habilitação de estados e de municípios às condições de gestão estabelecidas na NOAS-SUS 01/2001 observará o disposto nesta Instrução Normativa.

Parágrafo único. As modalidades de habilitação previstas na NOAS-SUS 2001 são:

- a) Nos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM);
- b) Nos estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Art. 3º - Cabe à Secretaria de Estado da Saúde a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios não habilitados.

I. 1 - Em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA)

Art. 4º - A habilitação dos municípios à condição de GPABA dependerá do cumprimento de todos os requisitos e implicará as responsabilidades e prerrogativas descritas no item 47 do capítulo III da NOAS-SUS 01/2001.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constantes dos Anexos I e II, desta Instrução Normativa.

Art. 5º - Os municípios já habilitados em quaisquer das condições de gestão da NOB SUS 01/96 estarão aptos a receber o Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA) após a atualização na condição de GPABA.

Parágrafo único. A atualização para GPABA implicará processo de avaliação pela SES, apreciação/aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme requisitos e formas de comprovação listados no Anexo II, desta Instrução Normativa.

Art. 6º - Os processos de habilitação e de atualização em GPABA compreendem as seguintes etapas e trâmites:

- I - preparação do processo de pleito de habilitação ou de atualização pelo gestor municipal;
- II - aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- III - avaliação pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) do cumprimento das responsabilidades e requisitos pertinentes à condição de gestão pleiteada;

- IV - elaboração pela SES de Relatório sobre as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão com encaminhamento de parecer técnico para a CIB, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo de entrada na SES;
- V - apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;
- VI - preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação, conforme Anexos VII ou VIII, desta Instrução Normativa;
- VII - encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação ou Termo de Atualização, do Relatório Técnico e dos instrumentos de comprovação definidos no Anexo I ou II, desta Instrução Normativa, para apreciação e homologação;
- VIII - recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Processo de Habilitação ou de Atualização para ciência e encaminhamento à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS);
- IX - avaliação pela SPS/MS do cumprimento das responsabilidades e dos requisitos pertinentes à condição de gestão pleiteada pelo município, baseada na análise do processo de habilitação ou de atualização e dos sistemas nacionais de informação em saúde, com encaminhamento de parecer técnico para a CIT, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo de entrada na SPS/MS;
- X - apreciação e aprovação pela CIT, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Técnica, do Termo de Habilitação ou do Termo de Atualização;
- XI - publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;
- XII - arquivamento de todo o processo de atualização e habilitação na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT.

Parágrafo único. Caso a CIB não aprecie e não se manifeste no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de protocolo na CIB, o município poderá encaminhar o processo de habilitação a CIT.

I. 2 - Em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)

Art. 7º - A habilitação à condição de GPSM dependerá do cumprimento dos requisitos e implicará as responsabilidades e a garantia das prerrogativas, descritas no item 48 do capítulo III da NOAS-SUS 01/2001.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constantes do Anexo III, desta Instrução Normativa.

Art. 8º - Os municípios habilitados em GPSM pelos critérios da NOB SUS 01/96 deverão se adequar, até 31 de julho de 2001, às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, definidas na NOAS-SUS 01/2001, sob pena de desabilitação na modalidade.

Parágrafo único. As SES deverão, no prazo previsto, proceder à avaliação da adequação dos municípios em GPSM aos requisitos definidos pela NOAS-SUS 01/2001 para esta condição de gestão, e submeter relatório conclusivo do processo de avaliação a CIB, para aprovação e subsequente encaminhamento a CIT, para as providências cabíveis.

Art. 9º - A habilitação em GPSM, de acordo com as normas referidas no artigo 8º desta Instrução Normativa, demanda o cumprimento dos requisitos exigidos para a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e implica a habilitação cumulativa nas duas condições de gestão.

Art. 10º - A habilitação de municípios à condição de GPSM compreende as seguintes etapas e trâmites:

- I - preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;
- II - aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- III - encaminhamento do processo a CIB;
- IV - encaminhamento a SES, para elaboração de Relatório Técnico que ateste, a partir de visita in loco e de outros mecanismos de avaliação complementares definidos pela CIB, as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão, e subsequente encaminhamento a CIB;
- V - apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;
- VI - preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação conforme Anexo IX, desta Instrução Normativa;
- VII - encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do Termo de habilitação e do relatório técnico definido no Inciso IV deste artigo, para apreciação e

homologação;

VIII - recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Processo de Habilitação para ciência e encaminhamento à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS);

IX - avaliação, pela SAS/MS, do cumprimento das responsabilidades e requisitos pertinentes à condição de gestão pleiteada pelo município, baseada na análise do termo de habilitação com encaminhamento de parecer técnico para a CIT, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo de entrada na SAS/MS;

X - apreciação e aprovação pela CIT do processo de habilitação, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Executiva da CIT;

XI - publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;

XII - arquivamento de todo o processo de habilitação e atualização na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT.

Parágrafo único. Caso a CIB não aprecie e não se manifeste no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de protocolo na CIB, o município poderá encaminhar o processo de habilitação à CIT.

I. 3 - Em Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual

Art. 11 - A habilitação à condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual ou de Gestão Plena do Sistema Estadual dependerá do cumprimento de todos os requisitos, com assunção das respectivas responsabilidades e garantia das prerrogativas, descritas nos itens 50, 51 e 52, do capítulo III, da NOAS-SUS 01/2001.

§ 1º - Os instrumentos de comprovação dos requisitos comuns a ambas as condições de gestão são os constantes do Anexo IV, desta Instrução Normativa.

§ 2º - Os instrumentos de comprovação dos requisitos específicos da condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual são os constantes do Anexo V, desta Instrução Normativa.

§ 3º - Os instrumentos de comprovação dos requisitos específicos da condição de Gestão Plena do Sistema Estadual são os constantes do Anexo VI, desta Instrução Normativa.

§ 4º - A SAS/MS e a SPS/MS realizarão visita técnica conjunta aos estados antes da aprovação da habilitação pela CIT, para avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a efetiva capacidade da SES para assumir a condição de gestão pleiteada.

Art. 12 - Os estados, cujos processos de habilitação já se encontram tramitando no Ministério da Saúde, têm até 31 de março de 2001 para resolver as pendências detectadas.

Art. 13 - Os estados atualmente habilitados nas condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual devem apresentar a SAS, em até 120 (cento e vinte) dias após a publicação desta Instrução Normativa:

- I - o Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- II - a Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- III - a comprovação de alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Art. 14 - A habilitação de estados às condições de gestão previstas na NOAS-SUS 01/2001 compreende as seguintes etapas e trâmites:

- I - preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor estadual;
- II - apreciação e aprovação do processo pela CIB e preenchimento do Termo de Habilitação do Estado conforme Anexos X, para habilitação em Gestão Avançada, e XI, para Gestão Plena do Sistema Estadual, desta Instrução Normativa;
- III - aprovação do pleito pelo Conselho Estadual de Saúde (CES);
- IV - publicação da aprovação do pleito no Diário Oficial do Estado;
- V - encaminhamento do processo do pleito de habilitação, pela CIB, à Secretaria Técnica da CIT;
- VI - recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo e do Processo de Habilitação e encaminhamento à SAS para:
 - a) as análises pertinentes;
 - b) visita técnica e solicitação à Secretaria Estadual de Saúde de esclarecimentos ou complementação do processo, se for o caso;
 - c) elaboração de parecer e expediente para encaminhamento e aprovação na CIT;
 - d) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Estado, para as providências cabíveis;

VII - apreciação e aprovação do pleito pela CIT;

VIII - homologação, em portaria expedida e publicada pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes.

Art. 15 - A habilitação do Distrito Federal observará as condições estabelecidas para os estados, no que couber.

CAPÍTULO II – DA DESABILITAÇÃO

Art. 16 - A identificação de irregularidades que comprometam a gestão específica desencadeará processo de desabilitação.

II. 1 - Da Desabilitação dos Municípios

Art. 17 - Cabe à CIB decidir pela desabilitação dos municípios, com a homologação da CIT.

Parágrafo único. Em caso de desabilitação, as instâncias de recurso do município serão, por ordem, a CIB e, após 30 (trinta) dias sem manifestação, a CIT.

Art. 18 - Os municípios habilitados em GPABA estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no item 54 do capítulo III.2.1.1, da NOAS-SUS 01/2001.

Art. 19 - Os municípios habilitados em GPSM estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no item 56 do capítulo III.2.1.2, da NOAS-SUS 01/2001, em particular nos casos em que:

- a) não disponham do conjunto de serviços de média complexidade definidos no item 7 da NOAS SUS 01-2001 correspondentes ao primeiro nível de referência;
- b) deixem de atender às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI.

Art. 20 - A desabilitação de um município poderá ser solicitada à respectiva CIB pela própria SMS, pelo correspondente CMS, pela SES, pela CIB, pelo CES ou pelo MS, de acordo com o seguinte fluxo:

- a) abertura de processo de desabilitação pela CIB, a partir de solicitação do gestor municipal ou de irregularidades identificadas pelos níveis estadual ou federal, ou ainda pelo respectivo CMS;

- b) comunicação ao município das irregularidades encontradas, com definição de prazo para que este apresente a fundamentação da defesa, sob pena de desabilitação;
- c) apreciação, pela plenária da CIB, da defesa apresentada pelo município;
- d) definição acordada, entre a CIB e o gestor municipal, de medidas de superação das irregularidades, com prazo definido;
- e) avaliação pela CIB das providências tomadas, decorrido o prazo definido na alínea “d” deste artigo;
- f) deliberação pela CIB quanto ao processo de desabilitação;
- g) encaminhamento do processo de desabilitação à CIT;
- h) apreciação do processo e decisão pela CIT;
- i) encaminhamento da decisão pela CIT ao MS e à CIB para as devidas providências.

II. 2 - Da Desabilitação dos Estados

Art. 21 - Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas na NOAS-SUS para a forma de gestão à qual se encontram habilitados estarão sujeitos à desabilitação pela CIT.

Parágrafo único. Em caso de desabilitação, a instância de recurso do estado será a CIT.

Art. 22 - A desabilitação de um estado poderá ser solicitada à CIB pela própria SES, pela respectiva CIB, pelo respectivo CES ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com o seguinte fluxo:

- a) abertura de processo de desabilitação pela CIT a partir de irregularidades identificadas pelo nível federal ou pelo respectivo CES;
- b) comunicação ao estado das irregularidades encontradas, com definição de prazo para que este apresente a fundamentação da defesa, sob pena de desabilitação;
- c) apreciação, pela plenária da CIT, da defesa apresentada pelo estado;
- d) definição acordada entre as partes de medidas de superação das irregularidades, com prazo definido;
- e) avaliação pela CIT das providências tomadas, na reunião subsequente ao prazo definido;
- f) decisão pela CIT quanto ao processo de desabilitação;
- g) encaminhamento da decisão ao MS para as providências cabíveis e informe a SES.

Art. 23 - Os processos de desabilitação e de suspensão financeira requerem apresentação de elementos que comprovem efetivamente irregularidades e que justifiquem a medida corretiva proposta.

CAPÍTULO III - DA SUSPENSÃO DOS REPASSES FINANCEIROS

Art. 24 - O Ministério da Saúde poderá suspender os repasses financeiros a serem transferidos mensalmente fundo a fundo nos seguintes casos:

§ 1º - para os municípios, se detectado algum dos motivos constantes do capítulo III. 2.1.1, item 55 e subitem 56.1, da NOAS-SUS 01/2001;

§ 2º - para os estados, se detectado algum dos motivos constantes do capítulo III. 2.1.2 subitem 57.1, da NOAS-SUS 01/2001; e

§ 3º - quando houver descumprimento da normatização pertinente, em particular das Portarias GM/MS nº 1882, de 18 de dezembro de 1997, GM/MS nº 157, de 19 de fevereiro de 1998 e SAS/MS nº 82, de 07 de julho de 1998.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 - As divergências que venham a ocorrer na CIB, referentes ao processo de habilitação, serão resolvidas pelo CES e, sucessivamente, pela CIT e pelo Conselho Nacional de Saúde.

Art. 26 - Os municípios localizados em estados que não elaborarem seus respectivos PDR e PPI, no prazo estabelecido na NOAS-SUS 01/2001, poderão se habilitar em GPSM de acordo com os critérios definidos pela NOB-SUS 01/96, acrescidos dos critérios e requisitos estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001, comprovados de acordo com esta Instrução Normativa, na forma dos seus Anexos I, II e III, excluídos deste último os itens “g” e “i”.

Art. 27 - Os municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica de acordo com a NOB-SUS 01/96 poderão permanecer nesta condição de gestão enquanto a mesma persistir ou enquanto desenvolvem capacidade para cumprir os requisitos das modalidades de gestão definidas na NOAS-SUS 01/2001.

Art. 28 - Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação, cessando os efeitos do disposto na Instrução Normativa GM/MS Nº 01, de 10 de janeiro de 1998.

José Serra

ANEXO I

Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/2001

ANEXO II

Sistematização do Processo de Atualização de Municípios Habilitados nos Termos da NOB
SUS 01/96 Pleiteantes à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-
SUS 01/2001

ANEXO III

Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal – NOAS-SUS 01/2001

REQUISITOS PARA ATUALIZAÇÃO
(NOAS-SUS 01/2001: Item 48, Capítulo III.1.1)

INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO

ANEXO IV

Sistematização do Processo de Habilitação de Estados

Requisitos Comuns às Duas Condições de Gestão – NOAS-SUS 01/2001

REQUISITOS COMUNS ÀS DUAS
CONDIÇÕES DE GESTÃO

INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO

ANEXO V

Requisitos Específicos para Habilitação de Estado à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual – NOAS-SUS 01/2001

ANEXO VI

Requisitos Específicos para Habilitação de Estado à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual – NOAS-SUS 01/2001

ANEXO VII

TERMO DE HABILITAÇÃO

Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/2001

ANEXO VIII

TERMO DE HABILITAÇÃO

Município Habilitado nos Termos da NOB SUS 01/96, Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/2001

ANEXO IX
TERMO DE HABILITAÇÃO

Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal
NOAS SUS 01/2001

(ATENÇÃO: Este documento deve ser preenchido durante visita técnica, in loco, por técnicos da SES.)

ANEXO X

TERMO DE HABILITAÇÃO

Estado Pleiteante à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual

NOAS-SUS 01/2001

ATENÇÃO: Este documento deve ser preenchido durante visita técnica, in loco, por técnicos da SES.

ANEXO XI

TERMO DE HABILITAÇÃO

Estado Pleiteante à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual

NOAS-SUS 01/2001

(ATENÇÃO: Este documento deve ser preenchido durante visita técnica, in loco, por técnicos da SES.)



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 02, EM 6 DE ABRIL DE 2001

Regulamenta a elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o processo de qualificação de regiões/microrregiões, constante da Norma Operacional da Assistência - NOAS-SUS 01/2001

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de regulamentar a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, resolve:

Art. 1º - A elaboração, tramitação e verificação do Plano Diretor de Regionalização e qualificação de regiões/microrregiões, previstas na NOAS-SUS 01/2001, observarão os dispositivos desta Instrução Normativa.

Capítulo I – Da Elaboração do Plano Diretor de Regionalização

Art. 2º - O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização em cada Estado e no Distrito Federal. Fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, da conformação de redes hierarquizadas de serviços, do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

Art. 3º - Cabe às secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do PDR, que deverá contemplar uma lógica de planejamento que envolva os municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais.

Art. 4º - O Plano Diretor de Regionalização deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões/

observando, assim, a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência.

Art. 5º - O Plano Diretor de Regionalização subsidiará o processo de qualificação de regiões/microrregiões.

Capítulo II – Da Tramitação do Plano Diretor de Regionalização

Art. 6º - O Plano Diretor de Regionalização deverá ser encaminhado observando a seguinte tramitação:

- a) a Secretaria Estadual de Saúde ou do Distrito Federal deverá encaminhar o Plano Diretor de Regionalização à respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que deverá convocar reunião para análise e aprovação, após, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento da proposta;
- b) aprovado o Plano Diretor de Regionalização, a CIB deverá remetê-la ao Conselho Estadual de Saúde (CES), que terá 30 (trinta) dias para apreciação e deliberação;
- c) após aprovado nas instâncias estaduais, a Secretaria de Saúde deverá encaminhar o PDR à Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que encaminhará o Plano ao gestor federal, para análise de conteúdo e viabilidade;
- d) A análise do PDR será feita pelo Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência (DGA), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), e pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), que procederão ao encaminhamento deste, com parecer, à CIT para deliberação e homologação. Caso não seja homologado, o PDR deverá ser encaminhado à respectiva Secretaria de Saúde, a CIB e ao CES para ajuste e análise das recomendações.

Capítulo III – Dos Requisitos para Aprovação e Meios de Verificação do

Plano Diretor de Regionalização

Art. 7º - O Plano Diretor de Regionalização deve conter, para sua aprovação, os seguintes requisitos:

Capítulo IV – Da Qualificação das Regiões/Microrregiões

Art. 8º - A qualificação compreende o reconhecimento formal da constituição das regiões/microrregiões, da organização dos sistemas funcionais de assistência à saúde e do compromisso firmado entre o estado e os municípios-sede dos módulos assistenciais, para a garantia do acesso de toda a população residente nestes espaços territoriais a um conjunto de ações

e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde referido no Anexo III da NOAS-SUS 01/2001, acrescidos de um conjunto de serviços, no mínimo, de um segundo nível de atenção, de acordo com a complexidade definida por cada estado.

Art. 9º - A qualificação de cada região/microrregião de saúde estará condicionada aos seguintes requisitos e com os seguintes meios de verificação:

Capítulo V – Da Tramitação da Solicitação de Qualificação das Região/ Microrregiões de Saúde

Art. 10 - A solicitação de qualificação de cada região/microrregião de saúde deverá ser encaminhada a CIT observando os seguintes itens:

- a) o gestor estadual, conjuntamente com os gestores municipais, devem encaminhar a CIB solicitação de qualificação da região/microrregião;
- b) a CIB deverá analisar e aprovar a solicitação e encaminhá-la a CES para

conhecimento;

- c) após aprovada nas instâncias estaduais, a solicitação de qualificação deverá ser encaminhada a CIT, que encaminhará ao gestor federal (DGA/SAS e DAB/SPS) para análise de acordo com o Plano Diretor de Regionalização já aprovado;
- d) aprovada pelo gestor federal, a solicitação deverá ser encaminhada a CIT para análise e homologação.

Art. 11 - Após a homologação na CIT, passam a ser realizadas as transferências fundo a fundo, ao município-sede do módulo assistencial, dos recursos correspondentes aos procedimentos listados no Anexo III da NOAS 01/2001, destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos.

Capítulo VI – Das Considerações Finais

Art. 12 - As alterações do Plano Diretor de Regionalização, propostas após a homologação pela CIT, deverão respeitar todo o fluxo de tramitação descrito no Artigo 7º do Capítulo II desta Instrução Normativa.

Art. 13 - Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

PORTARIA Nº 39,
DE 19 DE ABRIL DE 2001



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Regulamenta a operacionalização e remuneração do Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde.

O SECRETÁRIO EXECUTIVO E O SECRETÁRIO DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando

- a expansão do Cartão Nacional de Saúde e o estabelecido na Portaria MS/GM nº 17, de 13 de fevereiro de 2001, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Cadastro Nacional de Usuários do SUS;
- a necessidade de definir dos mecanismos de financiamento, fluxos e demais mecanismos operacionais para o cadastramento;
- a necessidade de definições no formato de adesão dos municípios e estados ao cadastramento de usuários do SUS;
- as manifestações dos gestores, efetuadas por ocasião da reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 19 de outubro de 2000, no tocante a prazos, abrangência e forma de execução do cadastramento, resolvem:

Art. 1º - Definir que o cadastro tem por objetivo a identificação unívoca dos usuários do SUS em âmbito nacional, mediante a atribuição de número único de identificação baseado no número PIS/PASEP.

Art. 2º - Aprovar o Termo de Adesão Municipal ao Cadastramento de Usuários do SUS apresentado no Anexo I.

§ 1º - o Termo de Adesão Municipal deverá estar integralmente preenchido, sem rasuras;

§ 2º - a estimativa de população a ser cadastrada pelo município deverá corresponder, no mínimo, a 60% (sessenta por cento) do total da população do município, segundo o Censo Demográfico de 2000.

§ 3º - o Termo de Adesão Municipal deverá ser assinado pelo gestor municipal e encaminhado à respectiva Secretaria de Estado de Saúde, que o assinará e encaminhará num prazo de quinze dias à Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 3º - Aprovar o Termo de Adesão Estadual à Coordenação do Cadastro Nacional de Usuários do SUS apresentado no Anexo II.

Parágrafo único. O Termo de Adesão Estadual deverá ser encaminhado à Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 4º - Definir que o Manual de Cadastro Nacional de Usuários do SUS, que instrui o preenchimento do formulário relativo ao cadastro, será disponibilizado no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br> e será amplamente divulgado pelo Ministério da Saúde.

Art. 5º - Definir que o cadastro prevê as etapas a seguir:

- I - Cadastro dos usuários e domicílios do SUS, de base domiciliar, de acordo com formulário disponibilizado pelo Ministério da Saúde.
- II - Digitação e/ou validação das informações cadastrais, de acordo com aplicativos disponibilizados pelo DATASUS.
- III - Encaminhamento dos dados ao DATASUS, responsável pela acreditação dos registros recebidos e certificação do cadastro antes do envio à Caixa Econômica Federal (CEF) para validação e emissão do número PIS/PASEP.

Art. 6º - Encarregar o DATASUS de disponibilizar aplicativos para entrada e crítica de dados cadastrais, novos ou já existentes em meio eletrônico no município, que conterão as instruções para envio dos arquivos com os cadastros dos usuários.

Art. 7º - Definir os fluxos das informações e dados coletados no cadastro de usuários, que deverá obedecer aos seguintes procedimentos:

- I - Os dados serão coletados em formulário específico, definido conforme a Portaria MS/GM nº 17, de 04/01/01, republicada em 13/02/01, a ser reproduzido pelo município.
- II - Os dados serão digitados ou digitalizados pelo próprio município, que processa a crítica dos mesmos, realizando as correções necessárias.
- III - O nível municipal deverá consolidar em meio eletrônico os dados cadastrais do município, em aplicativos próprios ou fornecidos pelo

DATASUS.

- IV - O município envia ao DATASUS/RJ o arquivo contendo a base de dados consolidada segundo as instruções contidas nos aplicativos de crítica ou de entrada de dados.
- V - O DATASUS processa os arquivos recebidos dos municípios. Constatada alguma inconsistência, devolve ao município para as devidas correções.
- VI - O DATASUS envia o arquivo com os registros aprovados para a CEF.
- VII - A CEF processa o arquivo recebido e, caso seja constatada alguma inconsistência, envia um arquivo com os erros para o DATASUS, que fará o fluxo de correções até o retorno à CEF dos registros corretos.
- VIII - Para cada cadastro de usuário validado, a CEF gera um número de identificação baseado no PIS/PASEP.
- IX - A CEF envia ao DATASUS o arquivo com os números de identificação dos usuários para emissão do Cartão.
- X - O DATASUS comunica à Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS) os cadastros válidos por municípios.
- XI - A SIS comunica ao Fundo Nacional de Saúde o montante de cadastros válidos e os recursos financeiros correspondentes a serem repassados aos municípios.
- XII - A SIS autoriza a emissão dos cartões pelas empresas contratadas.
- XIII - Os cartões emitidos são enviados pelas empresas a cada estado, para distribuição aos municípios.
- XIV - Os municípios entregam os cartões aos usuários.

Parágrafo único. Nos casos em que a Secretaria de Saúde do Estado ficar responsável pela operacionalização do cadastramento de usuários do SUS, deverão ser seguidos os mesmos procedimentos descritos no Artigo precedente.

Art. 8º - É considerado cadastro válido aquele que passar pelo programa de crítica do DATASUS e da Caixa Econômica Federal com a geração do respectivo número de identificação do usuário.

Art. 9º - Definir que serão transferidos recursos financeiros para apoio ao processo de cadastramento realizado pelos municípios, referentes à adesão ao cadastramento e à validação dos cadastros.

§ 1º - Os recursos serão provenientes do Fundo Nacional de Saúde, do

Programa de Trabalho de Implantação do Cartão Nacional de Saúde, e serão depositados na conta do Piso Assistencial Básico (PAB) de cada município.

§ 2º - Os recursos financeiros a serem repassados mediante adesão ao cadastramento correspondem a 15% (quinze por cento) do total de recursos a serem transferidos, considerando a estimativa de população coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) e de população não coberta, informada no Termo de Adesão Municipal (Anexo II).

§ 3º - A adesão do município caracteriza-se pelo recebimento, pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, do Termo de Adesão Municipal assinado pelos respectivos gestores municipal e estadual, conforme Anexo II.

§ 4º - Os recursos referentes aos cadastros válidos serão calculados por meio do número de cadastros válidos informados à Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, a cada competência, pelo DATASUS, em relatório discriminado por município em:

I - Cadastros de usuários não cobertos pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde ou pelo e similares e,

II - Cadastros adaptados de registros pré-existentes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família ou similares.

Art. 10 - Definir a remuneração de R\$ 0,50 (cinquenta centavos) para cada cadastro válido de usuários não cobertos pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde ou de Saúde da Família, ou similares; e a remuneração de R\$ 0,20 (vinte centavos) para cada adaptação válida de cadastro de usuário coberto pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde ou de Saúde da Família, ou similares.

Art. 11 - O montante de recursos a ser transferido ao município será informado, a cada competência, pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde ao Fundo Nacional de Saúde.

Art. 12 - Os recursos transferidos mediante entrega do Termo de Adesão ao Cadastramento de Usuários do SUS serão deduzidos dos valores a serem pagos por cadastro válido, até o encontro de contas entre os respectivos valores.

Parágrafo único. Caso o município receba os recursos referentes à adesão e não realize o cadastramento de, pelo menos, 15% (quinze por cento) de sua meta no período de 4 (quatro) meses após o recebimento dos recursos, os valores correspondentes serão deduzidos do Piso Assistencial Básico (PAB) do município.

Art. 13 - Os efeitos financeiros desta Portaria não se aplicam aos municípios do Projeto Piloto do Cartão Nacional de Saúde, que receberam recursos para cadastramento da população mediante convênio.

Art. 14 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Barjas Negri
Geraldo Biasoto Junior

Formato: 20 x 25 cm
Tipologia: Book Antiqua
Papel: Chamois 70g/m²(miolo)
Cartão Supremo 250g/m² (capa)
Fotolitos: Quadratim
Impressão e acabamento: Armazém das Letras
Rio de Janeiro, agosto de 2001