

CMS 125
FLS. 01
028



PROCESSO INTERNO
Nº 0202 / 200 11

Câmara Municipal de Guaçuí

ESTADO DO ESPIRITO SANTO

Nº do Protocolo:

Data da Entrada: 05/12/2011

PROJETO DE LEI Nº 081/2011

Ementa: *Cria dentro da Lei nº 3.271/2005, a Superintendência de Auditoria de Regulação, Controle, avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde, bem como o Cargo Comissionado de superintendente de Auditoria de Regulação, Controle, Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde.*

Autoria: Executivo Municipal.

CÓPIA

AUTUAÇÃO

Aos cinco (05) dias do mês de dezembro (12) de dois mil e onze (2011), nesta Secretaria, eu, Robson Dias Moura, Secretário, autuo os documentos que adiante se vêm, Eu Robson Dias Moura, e subscrevo e assino.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNEFJ 27.174.135/0001-20

Administração 2009-2012

JUSTIFICATIVA

Exmo. Sr. Presidente e Nobres Vereadores,

Considerando o inciso II do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 1.559 de 01 de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais do pacto pela saúde e a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão;

Considerando a Portaria nº 1.571/GM, de 29 de junho de 2007, que estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos;

Considerando a Portaria nº 3.277/GM, de 22 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS;

Considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família;

Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no Brasil;

Considerando a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

Considerando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS, a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNFJ 27.174.135/0001-20

Administração 2009-2012

da Saúde - OMS de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa - MT/MCA, a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o cronograma de envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, estabelecido na Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007;

Considerando a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde;

Considerando a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho; o prefeito municipal, visando a adequação da Secretaria Municipal de Saúde, encaminha a deliberação dessa Nobre Câmara Municipal o anexo projeto de Lei que visa a autorização legislativa dos Nobres Edis para a criação da Superintendência de Regulação, Avaliação e Auditoria do SUS, a referida superintendência visa realizar tarefas adstrita referentes às determinações vigentes no âmbito do sistema único de saúde, informamos ainda que os recursos financeiros referente as despesas da criação dos cargos estão previamente previstos dentro da Emenda Constitucional 29 de 13 de setembro de 2000, bem como no repasse federal referente ao NASF – Núcleo de Apoio da Saúde Familiar, vale ressaltar ainda que os profissionais que atuarem nesta área deverão ser profissionais formados e qualificados em gestão do SUS, com pós-graduação na área de auditoria do SUS.

Sem mais para o momento, espero contar com a colaboração dos Nobres Edis, na apreciação e aprovação com a máxima urgência possível e aproveitamos para apresentar os nossos mais sinceros votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Wagner Rodrigues Pereira
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNFJ 27.174.135/0001-20

Administração 2009-2012

PROJETO DE LEI Nº 081/2011

APROVADO
Em 12/12/11

Presidente
CÂMARA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ
Votação Única

CRIA DENTRO DA LEI Nº 3.271/2005, A SUPERINTENDÊNCIA DE AUDITORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO MONITORAMENTO E AUDITORIA EM SAÚDE, BEM COMO O CARGO COMMISSIONADO DE SUPERINTENDENTE DE AUDITORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO MONITORAMENTO E AUDITORIA EM SAÚDE

O Prefeito Municipal de Guaçuí, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições legais, submete à apreciação do Plenário da Câmara Municipal, o seguinte Projeto de Lei:

Artigo 1º – Fica criada dentro da Lei nº 3.271/2005, a **SUPERINTENDÊNCIA DE AUDITORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO MONITORAMENTO E AUDITORIA EM SAÚDE**, subordinada à Secretaria Municipal de Saúde.

Artigo 2º - A **SUPERINTENDÊNCIA DE AUDITORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO MONITORAMENTO E AUDITORIA EM SAÚDE**, tem como competência o desenvolvimento das seguintes atividades e atribuições:

I - Avaliar o cumprimento das diretrizes, objetivos e metas previstos no Plano Plurianual;

II - Verificar o cumprimento das metas estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO;

III - Verificar os limites e condições para a realização de operações de crédito e inscrição em restos a pagar;

IV - Verificar, periodicamente, a observância do limite da despesa total com pessoal e avaliar as medidas adotadas para o seu retorno ao respectivo limite;

V - Verificar as providências tomadas para recondução dos montantes das dívidas consolidada e mobiliária aos respectivos limites;

VI - Controlar a destinação de recursos obtidos com a alienação de ativos;

VII - Verificar a correta aplicação das transferências voluntárias; controlar a destinação de recursos para os setores público e privado;

VIII - Avaliar os resultados obtidos pelos administradores na execução dos programas de governo e aplicação dos recursos orçamentários: apontar as falhas dos expedientes encaminhados e indicar as soluções; verificar a implementação das soluções



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNFJ 27.174.135/0001-20

Administração 2009-2012

indicadas; criar condições para atuação do controle externo; desempenhar outras atividades estabelecidas em lei ou que decorram das suas atribuições;

Artigo 3º - A Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

I - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

II - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Artigo 4º - A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;

II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;

III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;

IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;

V - Regulação da Saúde Suplementar;

VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e

VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNFJ 27.174.135/0001-20

Administração 2009-2012

Artigo 5º - A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;

II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;

III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério;

IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;

V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;

VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI;

VIII - avaliação analítica da produção;

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Artigo 6º - A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNFJ 27.174.135/0001-20

Administração 2009-2012

coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Art. 6º - Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo.

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra-referência baseado nos processos de programação assistencial.

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão definidas pela área técnica da regulação do acesso.

Artigo 7º - A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

Artigo 8º - As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

§ 1º São atribuições da regulação do acesso:

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;

II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;

III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

CNFJ 27.174.135/0001-20

Administração 2009-2012

- VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;
- VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e
- X - subsidiar a programação pactuada e integrada.

Artigo 9º - Para exercer as atividades da SUPERINTENDÊNCIA DE AUDITORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E AUDITORIA EM SAÚDE, fica criado o cargo comissionado de SUPERINTENDENTE DE AUDITORIA DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E AUDITORIA EM SAÚDE, Referência: CC2.

Parágrafo único: são requisitos mínimos para nomeação no cargo da Superintendência de Auditoria, Controle, avaliação, monitoramento e auditoria em saúde.

- a) Idade mínima de 18 anos a 55 anos (serviços complexos de trabalhos a campo, necessitando alto poder de concentração);
- b) Instrução: Ensino Superior concluído, com registro no respectivo Conselho, sendo imprescindível a Pós-graduação em REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E AUDITORIA EM SAÚDE.

Artigo 10º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Guaçuí, 28 de novembro de 2011.


Wagner Rodrigues Pereira
Prefeito Municipal

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União


Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
PORTARIA Nº 1.389, DE 14 DE JUNHO DE 2011

Credencia Municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o estabelecido pela Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, bem como as metas físico-financeiras estaduais;

Considerando o estabelecido pela Portaria nº 847/GM/MS, de 30 de abril de 2009, que estabelece prazo para que os Municípios, com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados, informem sua implantação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES); e

Considerando a aprovação do credenciamento das Comissões Intergestores Bipartites Estaduais do AC, AL, BA, CE, ES, GO, MG, PA, PB, PE, PI, RJ, RN, SC, SE, TO, enviadas ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Credenciar os Municípios descritos no Anexo I a esta Portaria, conforme quantitativo e modalidade definidos, a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Art. 2º Especificar no Anexo II a esta Portaria, os Municípios que se articularam para a implantação de NASF intermunicipal, com seus respectivos Municípios sede.

Art. 3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de maio de 2011.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I
MUNICÍPIOS CREDENCIADOS PARA RECEBIMENTO DO INCENTIVO FINANCEIRO AO NASF

UF	CÓD. MUN.	MUNICÍPIOS	NASF 1	NASF 2	TOTAL
AC	1200427	RODRIGUES ALVES	0	1	1
Total da UF:		1	0	1	1

AL	2700300	ARAPIRACA	6	0	6
AL	2702108	COLONIA LEOPOLDINA	1	0	1
AL	2702306	CORURIFE	1	0	1
Total da UF:		3	8	0	8
BA	2904902	CACHOEIRA	1	0	1
BA	2923001	NOVA VICOSA	1	0	1
Total da UF:		2	2	0	2
CE	2303105	CARIRE	1	0	1
Total da UF:		1	1	0	1
ES	3200805	BAIXO GUANDU	1	0	1
ES	3202108	ECOPORANGA	1	0	1
ES	3202306	GUACUI	1	0	1
Total da UF:		3	3	0	3
GO	5205802	CORUMBA DE GOIAS	0	1	1
GO	5219753	SANTO ANTONIO DO DESCOBE RTO	2	0	2
Total da UF:		2	2	1	3
MG	3104502	ARINOS	0	1	1
MG	3107406	BOM DESPACHO	1	0	1
MG	3118007	CONGONHAS	1	0	1
MG	3119104	CORINTO	1	0	1
MG	3121605	DIAMANTINA	1	0	1
MG	3126901	FREI INOCENCIO	1	0	1
MG	3146107	OURO PRETO	2	0	2
MG	3148103	PATROCINIO	2	0	2
MG	3150505	PIMENTA	1	0	1
MG	3170107	UBERABA	6	0	6
Total da UF:		10	16	1	17
PA	1501204	BAIAO	1	0	1
PA	1502905	CURUCA	2	0	2
PA	1508100	TUCURUI	2	0	2
Total da UF:		3	5	0	5
PB	2507507	JOAO PESSOA	20	0	20
PB	2512002	POCINHOS	1	0	1
PB	2512408	PUXINANA	1	0	1
PB	2512705	REMIGIO	1	0	1



Total da UF:		4	23	0	23
PE	2608909	LIMOEIRO	1	0	1
Total da UF:		1	1	0	1
PI	2203909	FLORIANO	3	0	3
PI	2205201	JAICOS	1	0	1
PI	2205508	JOSE DE FREITAS	1	0	1
Total da UF:		3	5	0	5
RJ	3301306	CASIMIRO DE ABREU	1	0	1
RJ	3305208	SAO PEDRO DA ALDEIA	1	0	1
RJ	3305752	TANGUA	1	0	1
Total da UF:		3	3	0	3
RN	2400208	ACU	1	0	1
RN	2404606	IELMO MARINHO	1	0	1
RN	2411403	SANTANA DO MATOS	1	0	1
Total da UF:		3	3	0	3
SC	4216305	SAO JOAO BATISTA	1	0	1
Total da UF:		1	1	0	1
SE	2803203	ITAPORANGA D'AJUDA	1	0	1
Total da UF:		1	1	0	1
TO	1700301	AGUIARNOPOLIS	1	0	1
TO	1705508	COLINAS DO TOCANTINS	2	0	2
TO	1707009	DIANOPOLIS	1	0	1
Total da UF:		3	4	0	4
Total Geral:		44	78	3	81



ANEXO II

MUNICÍPIOS EM QUE ATUARÃO OS NASF INTERMUNICIPAIS CREDENCIADOS NO ANEXO I

UF	CÓD. MUN.	MUNICÍPIO SEDE	CÓD. MUN.	MUNICÍPIOS CONSORCIADOS
MG	3119104	CORINTO	3160603	SANTO HIPOLITO
MG	3126901	FREI INOCENCIO	3135076 3140100 3171501 3163003	JAMPRUCA MARILAC MATHIAS LOBATO SAO JOSE DA SAFIRA

MG	3150505	P I M E N T A	3119955 3146503	CORREGO FUNDO PAINS
PB	2512408	PUXINANA	2509503	MONTADAS
PB	2512705	REMIGIO	2500577	ALGODAO DE JANDAIRA
PI	2205201	JAICOS	2206050	MASSAPE DO PIAUI
RN	2404606	IELMO MARINHO	2410900	RIACHUELO
RN	411403	SANTANA DO MATOS	2412807	SAO RAFAEL
TO	1700301	AGUIARNOPOLIS	1713809 1720002	PALMEIRAS DO TOCANTINS SANTA TEREZINHA DO TOCANTINS



Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde



Instituição Programas Financiamentos Consulta de Pagamentos Informações

Consulta de pagamentos

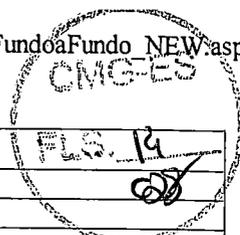
transferência fundo a fundo



Resultado da consulta:::

DESEMBOLSO FINANCEIRO POR REGIME DE COMPETÊNCIA (2011) - GUACUI - ES

MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total Geral por Ação / Serviço / Estratégia
1 - BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA													
1 - 1 - COMPONENTE PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO													
AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA													
PAB FIXO	40.114,50	40.114,50	40.114,50	40.114,50	53.381,08	53.381,08	53.381,08	53.381,08	53.381,08	53.381,08	0,00	0,00	480.744,48
SUB-TOTAL DO COMPONENTE PISO DA ATENÇÃO BÁSICA FIXO - PAB FIXO	40.114,50	40.114,50	40.114,50	40.114,50	53.381,08	53.381,08	53.381,08	53.381,08	53.381,08	53.381,08	0,00	0,00	480.744,48
1 - 2 - COMPONENTE PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL													
AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA													
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS	50.694,00	50.694,00	50.694,00	50.694,00	53.250,00	53.250,00	53.250,00	53.250,00	53.250,00	53.250,00	0,00	0,00	522.276,00
INCENTIVO ADICIONAL SAÚDE BUCAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.000,00
INCENTIVO DE IMPLANTAÇÃO AOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.000,00
NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	0,00	0,00	80.000,00
SAÚDE BUCAL - SB	17.000,00	17.000,00	17.000,00	17.000,00	17.850,00	19.950,00	19.950,00	19.950,00	19.950,00	19.950,00	0,00	0,00	185.600,00
SAÚDE DA FAMÍLIA - SF	48.000,00	48.000,00	48.000,00	48.000,00	50.250,00	56.950,00	56.950,00	56.950,00	56.950,00	56.950,00	0,00	0,00	527.000,00
SUB-TOTAL DO COMPONENTE PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL	115.694,00	115.694,00	115.694,00	115.694,00	121.350,00	137.150,00	170.150,00	150.150,00	150.150,00	150.150,00	0,00	0,00	1.341.876,00
TOTAL GERAL DO BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA	155.808,50	155.808,50	155.808,50	155.808,50	174.731,08	190.531,08	223.531,08	203.531,08	203.531,08	203.531,08	0,00	0,00	1.822.620,48
2 - BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR													
2 - 1 - COMPONENTE LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITAR - MAC													
AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA													
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	6.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.600,00
CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	0,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	0,00	0,00	52.800,00
SUB-TOTAL DO COMPONENTE LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBUL. E HOSPITAR - MAC	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	0,00	0,00	59.400,00
TOTAL GERAL DO BLOCO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	6.600,00	0,00	0,00	59.400,00



3 - BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE														
3 - 1 - COMPONENTE PISO VARIÁVEL DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE - PVVPS														
AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA														
CAMPANHA NACIONAL DE SEGUIMENTO DO SARAMPO E RUBÉOLA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.452,72	0,00	0,00	0,00	0,00	2.452,72
INCENTIVO NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE HIV/AIDS E OUTRAS DST	25.000,00	0,00	0,00	0,00	25.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25.000,00	0,00	0,00	0,00	75.000,00
SUB-TOTAL DO COMPONENTE PISO VARIÁVEL DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE - PVVPS	25.000,00	0,00	0,00	0,00	25.000,00	0,00	0,00	0,00	2.452,72	25.000,00	0,00	0,00	0,00	77.452,72
3 - 2 - COMPONENTE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE														
AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA														
PISO FIXO DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE - PFVPS	33.664,50	0,00	0,00	0,00	33.664,50	9.312,94	0,00	0,00	0,00	35.059,26	0,00	0,00	0,00	111.701,20
SUB-TOTAL DO COMPONENTE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	33.664,50	0,00	0,00	0,00	33.664,50	9.312,94	0,00	0,00	0,00	35.059,26	0,00	0,00	0,00	111.701,20
3 - 3 - COMPONENTE PISO FIXO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - PFVISA														
AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA														
AÇÕES ESTRUTURANTES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	3.235,90	0,00	0,00	0,00	3.235,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.471,80
SUB-TOTAL DO COMPONENTE PISO FIXO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - PFVISA	3.235,90	0,00	0,00	0,00	3.235,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.471,80
TOTAL GERAL DO BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	61.900,40	0,00	0,00	0,00	61.900,40	9.312,94	0,00	2.452,72	60.059,26	0,00	0,00	0,00	0,00	195.625,72
4 - BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA														
4 - 1 - COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA														
AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA														
PRÓGRAMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	0,00	0,00	113.657,80
SUB-TOTAL DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	0,00	0,00	113.657,80
TOTAL GERAL DO BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	11.365,78	0,00	0,00	113.657,80
TOTAL GERAL	235.674,68	173.774,28	173.774,28	173.774,28	254.597,26	217.809,80	241.496,86	223.949,58	281.556,12	214.896,86	0,00	0,00	0,00	2.191.304,00

:: Voltar :: : Nova Consulta ::



Ministério da Pesca e Aquicultura

SECRETARIA DE MONITORAMENTO E CONTROLE DA PESCA E AQUICULTURA

PORTARIA Nº 33, DE 8 DE JUNHO DE 2011

O SECRETÁRIO DE MONITORAMENTO E CONTROLE DA PESCA E AQUICULTURA DO MINISTÉRIO DA PESCA E AQUICULTURA, no uso de suas atribuições, tendo em vista a Portaria nº 937 de 02 de maio de 2011, do Ministro de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, e a Portaria MPA nº 523, de 1º de dezembro de 2010, e de acordo com o disposto na Lei nº 9.784, de 19 de janeiro de 1999, na Instrução Normativa SEAP/PR nº 3, de 12 de maio de 2004, na Instrução Normativa MPA nº 2, de 25 de janeiro de 2011, e do que consta no Processo MPA nº 00350.004812/2011-15, resolve:

Art. 1º Determinar, de ofício, o cancelamento do registro dos pescadores profissionais, efetivados no Estado do Maranhão, consoante o disposto dos incisos II, VII e VIII do art. 21 da Instrução Normativa MPA nº 2, de 2011, conforme relação nominal a seguir:

Nome	CPF	MOTIVO
1. ANTONIO DOMINGOS DA C. SILVA	404.968.993-68	Vínculo Empregatício
2. DELFINA DE JESUS RIBEIRO SILVA	452.986.023-04	Benefício Previdenciário
3. MÁRCIA RIBAMAR CASTRO	903.557.093-68	Não faz da pesca meio principal de vida
4. MARIA LENIR DECA REIS	756.797.793-15	Vínculo Empregatício
5. RAIMONDA NEVES DA SILVA	279.462.823-20	Benefício Previdenciário

Art. 2º O interessado ou seu representante legal poderá apresentar recurso administrativo, no prazo máximo de 10 (dez) dias, a contar do recebimento do comunicado de cancelamento via notificação por AR.

Parágrafo único. O recurso administrativo de que trata o caput deverá ser protocolado na sede da Superintendência Federal de Pesca e Aquicultura no Estado do Maranhão, que analisará os recursos recebidos, sob a coordenação e acompanhamento do Departamento de Registro da Pesca e Aquicultura - DRPA, desta Secretaria de Monitoramento e Controle da Pesca e Aquicultura - SEMOC.

Art. 3º Concluída a fase de análise dos recursos administrativos, serão considerados definitivamente cancelados o registro e a Carteira de Pescador dos recorrentes que tiverem seus recursos indeferidos, assim como daqueles que não apresentaram recurso administrativo na forma estabelecida nesta Portaria.

Parágrafo único. Nos cancelamentos previstos nesta Portaria, a inscrição do pescador ficará na situação cadastral de "Registro Cancelado", como disposto no inciso IV do art. 22, da Instrução Normativa MPA nº 2, de 2011.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

AMÉRICO RIBEIRO TUNES

Ministério da Previdência Social

SUPERINTENDÊNCIA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DIRETORIA DE ANÁLISE TÉCNICA

PORTARIAS DE 14 DE JUNHO DE 2011

A DIRETORA DE ANÁLISE TÉCNICA - SUBSTITUTA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 13, combinado com o art. 5º, todos da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, e art. 23, inciso I alínea "c", do Anexo I do Decreto nº 7.075, de 26 de janeiro de 2010, considerando as manifestações técnicas exaradas no Processo MPS 44.000.000547/00-18, sob o comando nº 344813359 e juntada nº 346762506, resolve:

Nº 301 - Art. 1º Aprovar o Convênio de Adesão celebrado entre a ALSTOM PREVIDÊNCIA S/C e a Air Preheater Equipamentos Ltda, na condição de patrocinadora do Plano de Benefícios- CNPB nº 2006.0011-83.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

A DIRETORA DE ANÁLISE TÉCNICA - SUBSTITUTA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 13, combinado com o art. 5º, todos da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, e art. 23, inciso I, alínea "c", do Anexo I do Decreto nº 7.075, de 26 de janeiro de 2010, considerando as manifestações técnicas exaradas no Processo MPAS nº 302235/79, sob o comando nº 345903280 e juntada nº 346794466, resolve:

Nº 302 - Art. 1º Aprovar o Convênio de Adesão celebrado entre o HSBC Fundo de Pensão e a Orca Serviços de Mineração Ltda, na condição de patrocinadora do Plano de Benefícios Orca Prev - CNPB nº 2010.0031-11.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SONIA MARIA MONTEIRO NOGUEIRA

Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.389, DE 14 DE JUNHO DE 2011

Credencia Municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o estabelecido pela Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, bem como as metas físico-financeiras estaduais;

Considerando o estabelecido pela Portaria nº 847/GM/MS, de 30 de abril de 2009, que estabelece prazo para que os Municípios, com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados, informem sua implantação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES); e

Considerando a aprovação do credenciamento das Comissões Intergestores Bipartites Estaduais do AC, AL, BA, CE, ES, GO, MG, PA, PB, PE, PI, RJ, RN, SC, SE, TO, enviadas ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º Credenciar os Municípios descritos no Anexo I a esta Portaria, conforme quantitativo e modalidade definidos, a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Art. 2º Especificar no Anexo II a esta Portaria, os Municípios que se articularam para a implantação de NASF intermunicipal, com seus respectivos Municípios sede.

Art. 3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

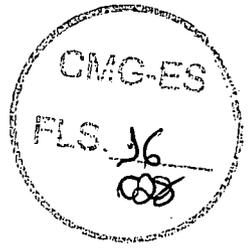
Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de maio de 2011.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MUNICÍPIOS CREDENCIADOS PARA RECEBIMENTO DO INCENTIVO FINANCEIRO AO NASF

UF	CÓD. MUN.	MUNICÍPIOS	NASF 1	NASF 2	TOTAL
AC	1200427	RODRIGUES ALVES	0	1	1
Total da UF:			0	1	1
AL	2700300	ARAPIRACA	6	0	6
AL	2702108	COLONIA LEOPOLDINA	1	0	1
AL	2702306	CORURUPE	1	0	1
Total da UF:			8	0	8
BA	2904902	CACHOEIRA	1	0	1
BA	2923001	NOVA VICOSA	1	0	1
Total da UF:			2	0	2
CE	2303105	CARIRE	1	0	1
Total da UF:			1	0	1
ES	3200805	BAIXO GUANDU	1	0	1
ES	3202108	ECOPORANGA	1	0	1
ES	3202306	GUACUJ	1	0	1
Total da UF:			3	0	3
GO	5205802	CORUMBA DE GOIAS	0	1	1
GO	5219753	SANTO ANTONIO DO DESCOBERTO	2	0	2
Total da UF:			2	1	3
MG	3104502	ARINOS	0	1	1
MG	3107406	BOM DESPACHO	1	0	1
MG	3118007	CONGONHAS	1	0	1
MG	3119104	CORINTO	1	0	1
MG	3121605	DIAMANTINA	1	0	1
MG	3126901	FREI INOCENCIO	1	0	1
MG	3146107	OURO PRETO	2	0	2
MG	3148103	PATROCINIO	2	0	2
MG	3150505	PIMENTA	1	0	1
MG	3170107	UBERABA	6	0	6
Total da UF:			10	1	17
PA	1501204	BAIAO	1	0	1
PA	1502905	CURUCA	2	0	2
PA	1508100	TUCURUI	2	0	2
Total da UF:			5	0	5
PB	2507507	JOAO PESSOA	20	0	20
PB	2512002	POCINHOS	1	0	1
PB	2512408	PUXINANA	1	0	1
PB	2512705	REMIGIO	1	0	1
Total da UF:			23	0	23
PE	2608909	LIMOIEIRO	1	0	1
Total da UF:			1	0	1
PI	2203909	FLORIANO	3	0	3
PI	2205201	JAICOS	1	0	1
PI	2205508	JOSE DE FREITAS	1	0	1
Total da UF:			5	0	5
RJ	3301306	CASIMIRO DE ABREU	1	0	1
RJ	3305208	SAO PEDRO DA ALDEIA	1	0	1
RJ	3305752	IANGUA	1	0	1
Total da UF:			3	0	3
RN	2400208	ACU	1	0	1
RN	2404606	TELMO MARINHO	1	0	1
RN	2411403	SANTANA DO MATOS	1	0	1
Total da UF:			3	0	3
SC	4216305	SAO JOAO BATISTA	1	0	1
Total da UF:			1	0	1
SE	2803203	ITAPORANGA D'AJUDA	1	0	1
Total da UF:			1	0	1
TO	1700301	AGUIARNOPOLIS	1	0	1
TO	1705508	COLINAS DO TOCANTINS	2	0	2
TO	1707009	DIANOPOLIS	1	0	1
Total da UF:			4	0	4
Total Geral:			44	3	81



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

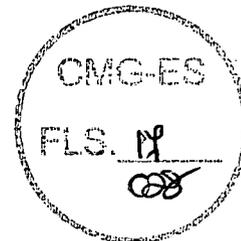
Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

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

§ 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.

§ 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 a saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde-SUS, em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º - Dos 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 §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 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 - 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 execução da política de sangue e seus derivados.

§ 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.

§ 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.

§ 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 a recuperação e a 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 Sistema Único de Saúde - 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 apresentem 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 a 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 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. 10º - Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

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

§ 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. 11º (VETADO)

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes 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. 13º - 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. 15º 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 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 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 a saúde, saneamento e o 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 a 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 da política 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) de vigilância sanitária.
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravos sobre o meio ambiente, ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para 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 a 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 da sua atuação institucional;
- XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde-SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- XV - promover a descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;
- XVI - normatizar e coordenar nacionalmente 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 Sistema Único de Saúde-SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

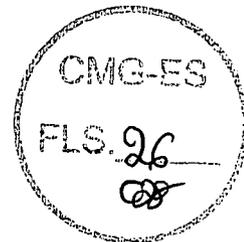
Art. 17. - À direção estadual do Sistema Único de Saúde-SUS compete:

- I - promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde;
- II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde-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 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 a avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas 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, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde-SUS, em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, 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, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde:

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

Art. 19. Ao Distrito Federal competem 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 e 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.

§ 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.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, 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.

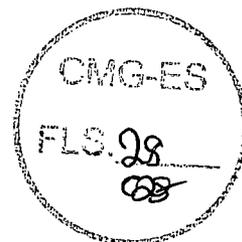
Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

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 estabelecida pela direção nacional do Sistema Único de Saúde-SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

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

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



§ 3º (VETADO)

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde-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 Sistema Único de Saúde-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.

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

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

Art. 29. (VETADO)

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão ser o 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 propostas 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.

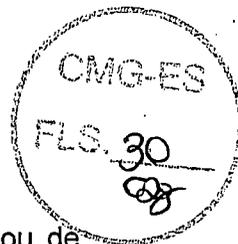
§ 1º Ao sistema Único de Saúde-SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

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

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

§ 4º (VETADO)

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde-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.

§ 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.

§ 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.

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 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-FNS, observado o 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, do orçamento da Seguridade social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes 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 de governo.

§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.

§ 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.

§ 3º VETADO)

§ 4º VETADO)

§ 5º VETADO)

§ 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.

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

§ 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)

§1º (VETADO)

§2º (VETADO)

§3º (VETADO)

§4º (VETADO)

§ 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.

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

§ 7º (VETADO)

§ 8º O acesso aos serviços de informática e base de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e 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 e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

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, dos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

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

§2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde-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 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 a 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 3 de setembro de 1954; a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008

*Institui a Política Nacional
de Regulação do Sistema
Único de Saúde - SUS.*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais do pacto pela saúde e a Portaria Nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão;

Considerando a pactuação formulada na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando a Portaria Nº 1.571/GM, de 29 de junho de 2007, que estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos reguladores;

Considerando a Portaria Nº 3.277/GM, de 22 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho;

Considerando a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; e

Considerando a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, resolve:

Art. 1º - Instituir a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Art. 2º - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a



Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Art. 3º - A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

- I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;
- III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;
- IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- V - Regulação da Saúde Suplementar;
- VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e
- VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Art. 4º - A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

- I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;
- III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério;
- IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;



V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;

VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI;

VIII - avaliação analítica da produção;

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Art. 5º - A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Art. 6º - Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo.

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra-referência baseado nos processos de programação assistencial.

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão definidas pela área técnica da regulação do acesso.

Art. 7º - A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

Art. 8º - As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

§ 1º São atribuições da regulação do acesso:

- I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
- V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;
- VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e
- X - subsidiar a programação pactuada e integrada.

2º - São atribuições do Complexo Regulador:

- I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;
- II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
- III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;
- IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e
- V - executar a regulação médica do processo assistencial.

Art. 9º - O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

- I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.
- II - Complexo Regulador Regional:



a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na Integra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde;

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.

§ 1º Cabe à União:

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos;

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores;

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional.

§ 2º Cabe aos Estados:

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação.

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional;

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

§ 3º Cabe aos Municípios:

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas.

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por esta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria nº. 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008*.

Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições previstas no inciso II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas na portaria nº. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, estabelecem nova orientação para o processo de gestão do SUS;

Considerando o item II, do artigo 14, da portaria nº. 699/GM, de 30 de março de 2006, que institui que o monitoramento do Pacto pela Saúde deve ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão;

Considerando a portaria nº. 91/GM, de 10 de janeiro de 2007, que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal;

Considerando a revisão das prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida e os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde.

Considerando a necessidade de estabelecer os fluxos e rotinas do processo unificado de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde para o ano de 2008;

Resolve:

Art. 1º. Estabelecer as seguintes prioridades do Pacto pela Vida para o ano de 2008:

- I - atenção à saúde do idoso;
- II - controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III - redução da mortalidade infantil e materna;
- IV - fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;
- V - promoção da saúde;
- VI - fortalecimento da atenção básica;
- VII - saúde do trabalhador;
- VIII - saúde mental;
- IX - fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X - atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI - saúde do homem.

Art. 2º. Publicar o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, constante no Anexo a esta Portaria.

* publicada no DOU nº. 36, de 22 de fevereiro de 2008.

Art. 3º. Estabelecer as seguintes orientações e, excepcionalmente para o ano de 2008, prazos para pactuação unificada das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde entre União, Distrito Federal e Estados:

I - a formalização do processo de negociação e pactuação das metas será realizada no aplicativo SISPACTO, cujas orientações de uso estão disponíveis em manual operativo no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sispacto.

II - o Ministério da Saúde proporá, a partir da publicação desta portaria, metas dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, para cada estado.

III - as Secretarias Estaduais de Saúde, mediante pactuação bipartite, devem manifestar-se formalmente ao Ministério da Saúde sobre as metas propostas e este deve se posicionar formalmente frente às manifestações, até 21 março de 2008.

IV - as metas estaduais e do Distrito Federal serão encaminhadas à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para homologação na reunião ordinária de abril de 2008.

Art. 4º. Estabelecer o prazo de 30 de maio de 2008 para pactuação unificada das metas dos indicadores do Pacto pela Saúde entre Estados e Municípios, no ano de 2008.

Art. 5º. As metas estaduais e municipais devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 6º. As metas pactuadas pelos Municípios, Estados, Distrito Federal e União deverão ser aprovadas nos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 7º. O processo de pactuação unificada dos indicadores deve ser orientado pelas seguintes diretrizes:

I – ser articulado com o Plano de Saúde e sua Programação Anual, promovendo a participação das várias áreas técnicas envolvidas no Pacto pela Saúde;

II – guardar coerência com os pactos firmados nos Termos de Compromisso de Gestão;

III – ser precedido da análise do Relatório de Gestão do ano anterior, identificando as atividades desenvolvidas e as dificuldades relacionadas à sua implantação;

IV – ser fundamentado pela análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária loco-regional, e a avaliação dos indicadores e metas pactuados em 2007;

V – desenvolver ações de apoio e cooperação técnica entre os entes, para qualificação do processo de gestão.

Art. 8º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro

Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 Pacto pela Saúde

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.



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

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Anexo I

PACTO PELA SAÚDE 2006

Consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam

rotineiramente e está presente em todo território nacional.

CMG-ES

FLS. 45

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006

I O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

SAÚDE DO IDOSO:

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

II O PACTO EM DEFESA DO SUS:

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

III O PACTO DE GESTÃO DO SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Valoriza a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

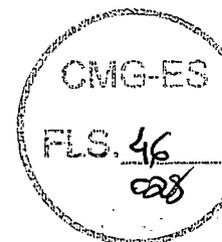
Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

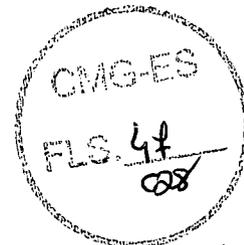
As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELEECER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este PACTO PELA SAÚDE 2006 aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.





PORTARIA Nº 1.571 DE 29 DE JUNHO DE 2007.

Legislações - GM

Qui, 28 de Junho de 2007 21:00

PORTARIA Nº 1.571 DE 29 DE JUNHO DE 2007.

Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

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

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, em seus diversos níveis de complexidade;

Considerando as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, em parceria com Estados, Municípios e o Distrito Federal, com vistas à implantação e implementação de Complexos Reguladores; e

Considerando a necessidade de estabelecer critérios para a aplicação de recursos financeiros de investimento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores,

R E S O L V E:

Art. 1º Estabelecer incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, a ser repassado às Secretarias de Saúde, exclusivamente para a finalidade de que trata este artigo, nos montantes previstos no Anexo I a esta Portaria.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde realizará estudos e definirá um valor de repasse a Estados e Municípios para o custeio dos Complexos Reguladores que estará contido no bloco de gestão, conforme, a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

Art. 2º Estabelecer que a distribuição financeira para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores será definida no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite ? CIB, priorizando:

I - a estratégia de regionalização definida para a unidade federativa;

II - regiões e municípios que abrangem maior concentração de oferta de serviços de saúde; e

III - regiões e municípios que abrangem maior contingente populacional próprio e referenciado.

Art. 3º Determinar que devem ser observadas as diretrizes de Regulação da Atenção à Saúde contidas no Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.

Art. 4º Estabelecer que a Comissão Intergestores Bipartite ? CIB deverá encaminhar resolução de aprovação dos projetos de implantação de Complexos Reguladores para homologação pelo Ministério da Saúde.

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde ? SAS/MS, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas ? DRAC, será responsável pela cooperação técnica na elaboração dos projetos de que trata esta Portaria, e pelo monitoramento de sua execução, a partir da liberação dos recursos financeiros.

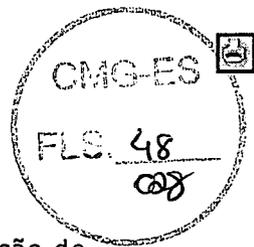
Art. 6º Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.6839.0001 - Fomento ao Desenvolvimento da Gestão Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde.

Parágrafo único. A transferência dos recursos financeiros, de que trata este artigo será efetuada,

Comentários

Pesquisar

Somente usuários registrados podem escrever comentários!





Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no art. 199, § 1º da Constituição Federal, que prevê a complementaridade na contratação de instituições privadas para a prestação de serviços de saúde;

Considerando que, a partir da Constituição Federal (art. 30, inciso VII) e da Lei Orgânica da Saúde (art. 18, inciso I, e art. 17, inciso III) compete ao município e, supletivamente, ao estado, gerir e executar serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo recorrer, de maneira complementar, aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária;

Considerando o contido no art. 16, inciso XIV, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), "elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde";

Considerando a aplicabilidade aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios das normas gerais da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e da legislação complementar, especialmente o que estabelecem os arts. 17, inciso XI, 18, inciso X, 24 a 26 e 43 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida de Gestão;

Considerando a necessidade de implementar a contratação de serviços de saúde pelos gestores públicos, baseada em critérios uniformes; e

Considerando a Resolução nº 71, do Conselho Nacional de Saúde, de 2 de setembro de 1993, que aponta a necessidade do disciplinamento da contratação de instituições prestadoras de serviços complementares de saúde,

R E S O L V E:

Art. 1º Dispor sobre a participação de forma complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Quando utilizada toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, e comprovada e justificada a necessidade de complementar sua rede e, ainda, se houver impossibilidade de ampliação dos serviços públicos, o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde.

§ 1º A complementação de serviços deverá observar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, em especial, a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade de acesso.

§ 2º Para fins de organização de rede e justificativa de necessidade de complementaridade, deverá ser elaborado um Plano Operativo para as instituições públicas.

§ 3º A necessidade de complementação de serviços deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar do Plano de Saúde.

Art. 3º A participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante contrato ou convênio celebrado entre o poder público e a entidade privada, observadas as normas de direito público e o disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. Para a complementaridade de serviços com instituições privadas serão utilizados os seguintes instrumentos:

I convênio, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços/promoção da saúde

à população; e

II - contrato administrativo, quando o objeto do contrato for a mera compra de serviços.

Art. 4º O estado ou o município, uma vez esgotada sua capacidade de oferta de serviços públicos de saúde, deverá, ao recorrer ao setor privado, dar preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos.



Parágrafo único - Poderá fazer uso do instrumento de convênio quando for estabelecida uma parceria para a prestação de serviços de saúde, entendida como uma comunhão de interesses que observa os seguintes elementos:

I a entidade filantrópica ou a sem fins lucrativos deverá dedicar-se prioritariamente ao atendimento dos usuários do SUS;

II a entidade filantrópica ou a sem fins lucrativos deverá respeitar o princípio da igualdade no atendimento dos usuários do SUS e de sua clientela privada;

III utilização da capacidade instalada da entidade filantrópica ou da sem fins lucrativos, incluídos os equipamentos médico-hospitalares para atendimento de clientela particular, incluída a proveniente de convênios com entidades privadas, somente será permitida após esgotada sua utilização em favor da clientela universalizada e desde que estejam garantidos, no mínimo, 60% (sessenta por cento) da capacidade instalada para atendimento de pacientes encaminhados pelo SUS.

Art. 5º As entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos que não cumprirem os requisitos fixados no artigo anterior, ou quando o objeto for apenas a compra de serviços de saúde, deixarão de gozar do privilégio da preferência na contratação com o Sistema Único de Saúde e concorrerão com as entidades privadas lucrativas, com igualdade de condições no processo de licitação.

Art. 6º Esgotada a fase da preferência conferida às entidades sem fins lucrativos e filantrópicas e mantendo-se a necessidade de complementar serviços, o poder público poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, observado o disposto na Lei de Licitações e Contratos.

Art. 7º O Plano Operativo é um instrumento que deverá integrar todos os ajustes entre o poder público e o setor privado, o qual deverá conter elementos que demonstrem a utilização de capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta, fluxos de serviços e pactuação de metas.

Parágrafo único. As metas serão definidas pelo gestor em conjunto com o prestador de acordo com as necessidades e peculiaridades da rede de serviços, devendo ser submetidas ao conselho de saúde.

Art. 8º São cláusulas necessárias nos contratos e convênios firmados entre a administração pública e o setor privado, lucrativo, sem fins lucrativos e filantrópicos, as que exijam das entidades contratadas ou conveniadas a observância das seguintes condições:

I - manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

II - submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor;

IV - obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição "Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais";

V - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;

VI - manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviços;

VII - garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização; e

VIII - cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH.

Art.9º Os contratos e convênios deverão atender aos seguintes requisitos:

I - ficam os serviços contratados e conveniados submetidos às normas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde respectivas

II - para efeito de remuneração, os serviços contratados deverão ter como referência a Tabela de Procedimentos SUS;

III - os estabelecimentos deverão ser identificados no contrato pelo código do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e de acordo com os dados cadastrais constantes do CNES.

Art. 10. Os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão adotar instrumentos de controle e avaliação dos serviços contratados visando garantir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade.

Art. 11. Para efeito da contratação de serviços de assistência à saúde, os municípios, os estados e o Distrito Federal poderão suplementar objeto desta Portaria para atender às necessidades e peculiaridades locais.

Art. 12 Os estados, o Distrito Federal e os Municípios, no prazo máximo de 1 (um) ano, a contar da data da publicação da presente Portaria, deverão adaptar seus contratos e convênios ao disposto nesta Portaria, não mais se admitindo ajustes sem os respectivos termos de contrato ou convênio.

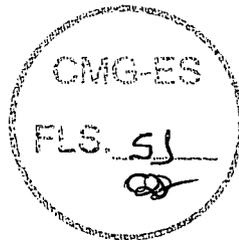
Parágrafo único. Decorrido o prazo fixado neste artigo, é obrigatório o preenchimento dos campos referentes a contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES.

Art. 13. O Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde no SUS estará disponível no endereço: <http://www.saude.gov.br/sas>.

Art. 14 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15 Ficam revogadas a Portaria nº 1.286/GM, de 26 de outubro de 1993, publicada no Diário Oficial da União nº 209, de 3 de novembro de 1003, Seção 1, a Portaria nº 1.695/GM, de 23 de setembro de 1994, publicada no Diário Oficial da União nº 184, de 26 de setembro de 1994, Seção 1, e a Portaria nº 358/GM, de 22 de fevereiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 39, de 23 de fevereiro de 2006, Seção 1, páginas 40 e 41.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA



PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.



Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

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

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;
Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;
Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;
Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;
Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e
Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

- I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;
- II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e
- III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104, nº 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, de 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29, nº 1.013/GM, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33, nº 267/GM, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67, nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39, nº 396/GM, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21, nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 674/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 675/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45, nº 2.081/GM, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46, nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55, nº 1.432/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35, nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2004, Seção 1, página 36, nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.025/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45, nº 619/GM, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56, nº 873/GM, de 8 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 110, de 10 de junho de 2005, Seção 1, página 74 e nº 82/SAS, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.



SARAIVA FELIPE

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CAPÍTULO I Da Atenção Básica

1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

- X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;
- XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;
- XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;
- XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;
- XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e
- XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

- I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;
- II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;
- III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;
- IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
- V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;
- VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
- VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;
- VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à

- institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;
 - XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;
 - XII - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;
 - XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:
 - a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;
 - b) comunicação ao Ministério da Saúde; e
 - c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;
 - XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;
 - XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;
 - XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;
 - XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;
 - XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;
 - XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;
 - XX - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;
 - XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e
 - XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

- I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;
- II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável;
- III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no

processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;

IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;

V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII - assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;

XIV - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II - UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista,

auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

4 - DO CADASTRAMENTO DAS UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - 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;

IV - 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 a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores

afins, voltados para a promoção da saúde; e
X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIBs.

Os serviços de atenção básica deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs.

CAPÍTULO II

Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

1 - PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

- I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;
- II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;
- III - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;
- IV - assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;
- V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e
- VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

- I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;
- II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;
- III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;
- IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;
- V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;
- VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

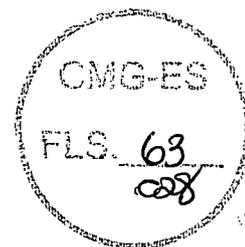
- VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;
- VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;
- IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;
- X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e
- XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

2.3. Compete ao Distrito Federal:

- I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;
- II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;
- III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e
- IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

- I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;
- II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;
- III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;
- IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;
- V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; e
- VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.



3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

- I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;
- II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;
- III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:
 - a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;
 - b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;
 - c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;
- IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e
- V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

- I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;
- II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;
- III - existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:
 - a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e
 - b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica. São itens necessários à organização da implantação dessa estratégia:

- I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;
- II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;
- III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;
- IV - definição das microareas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e
- V - o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002.

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

- I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde



Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo I.

5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe.

Recomenda-se que:

- I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;
- II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e
- III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

- a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;
- b) infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar
- c) a uma das equipes;
- c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;
- e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;
- f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;
- g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;
- h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional



- para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;
- III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;
- V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;
- VI - O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para a implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e
- VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

CAPÍTULO III Do Financiamento Da Atenção Básica

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite. O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável. O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de



uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada “FMS – nome do município – PAB” de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo. Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

De acordo com o artigo 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 à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

- I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;
- II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;
- III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e
- IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal. Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica. Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável

Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena - SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Formação de Atenção Básica - SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e

II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/ 400.

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280. A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

Equipes de Saúde Bucal (ESB)

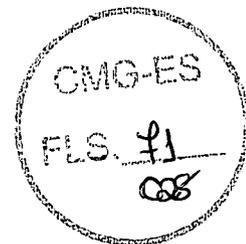
Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-



dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs.

A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

- média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%;

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, por parte dos municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a equipes de Saúde da Família, a equipes de Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Política, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem ou o agente comunitário de saúde que não gerou crédito de incentivo;

II - imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos;

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:

a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;

b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;



- c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
 - d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
 - e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
 - f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; e
 - g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.
- Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

II - Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

- I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;
- II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;
- III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

- I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS e/ou;
- II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional por e/ou;
- III - ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, e/ou;
- IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

Na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e para Equipes de Saúde Bucal, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das equipes.



Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior a implantação das equipes.

Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do estado ou do município.

Em caso de redução do numero de Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O Ministério da Saúde disponibilizará, a cada ano, recursos destinados à estruturação da rede básica de serviços de acordo com sua disponibilidade orçamentária. A CIT pactuará os critérios para a seleção dos municípios e/ou do Distrito Federal.

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

I - Que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e

II - Que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAUDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso.

Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

ANEXO I

AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória



- e de outros agravos e situações de importância local;
- VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - participar das atividades de educação permanente; e
- XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.



Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

- I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
- V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e
- VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-



cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.



Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

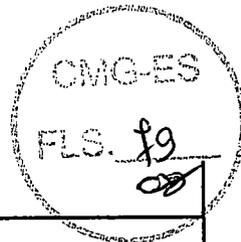
VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

ANEXO II DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Quadros Para Projetos de Implantação - ACS/SF/SB

Caracterização Geral

Nome ou nº da SF/SB.	Área geográfica de atuação (Nome do município / Bairro / Comunidade)	População estimada



Infra-Estrutura

Nome ou nº da ESF	Material Permanente			
	Existentes	Qtde.	A adquirir	Qtde.

Forma de contratação de recursos humanos

Profissional	Forma de recrutamento	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar de enfermagem				
Agente comunitário de saúde				
Dentista				
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)				
Técnico em Higiene Dental (THD)				
Outros profissionais (Especificar)				

Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas

Nome ou nº da ESF	Área estratégica de atuação	Ações propostas para a ESF	Quantitativo de ações programadas por ano, por ESF
	Saúde da Criança		
	Saúde da Mulher		
	Controle do Diabetes		
	Controle da Hipertensão		

Eliminação da Hanseníase		
Controle da Tuberculose		
Saúde Bucal		
Eliminação da desnutrição infantil		
Promoção da saúde		
Saúde do Idoso		

Avaliação e acompanhamento das ações

Instrumento de Avaliação	Forma de acompanhamento proposta
S B	
Pacto de Atenção Básica	
Pacto de Gestão	
Outros (especificar)	

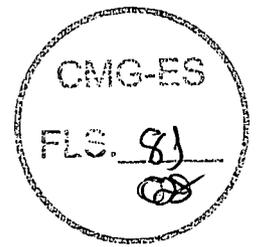
Quadro resumo de financiamento das áreas de implantação

Despesas	Despesas com pessoal	Despesas com material/manutenção.	Estruturação	TOTAL
Atual				
Proposta com SF/SB				

Receitas	Recursos municipais	Recursos estaduais	Incentivo Ministério da Saúde	TOTAL
Atual			PAB Fixo	
Proposta com SF/SB			?	

Definição das Referências na Média Complexidade

Ações de Referência	Nome e local da Unidade de Referência	Forma de Encaminhamento
Atendimentos especializados		
Atendimentos de urgência		



Exames de laboratório		
Radiodiagnóstico		
Ultra-sonografia		
Reabilitação		
Internação nas Clínicas Básicas		

**ANEXO III
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS - ANO _____

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

CÓDIGO IBGE: _____

COMPETÊNCIA: _____

**TIPO DE INCENTIVO: CUSTEIO () ADICIONAL ()
ESF () ACS () ESB Mod I () ESB Mod II ()**

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: _____

MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO

SIAB: _____

NOME DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL / IDENTIDADE

NOME DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Identificar, inicialmente, se o incentivo é de custeio (aquele transferido mensalmente) ou é o adicional. Em seguida, marcar se é relativo a equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal, modalidade I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior

IDENTIDADE/ REGISTRO PROFISSIONAL: Informar, para o médico, enfermeiro e

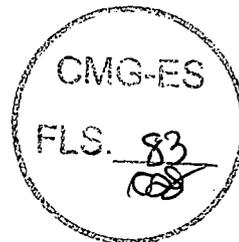


dentista, o registro profissional; e para os demais, digitar o número do documento de identidade,

DATA: _____

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO: _____



PORTARIA Nº 687/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006.

Aprova a Política de Promoção da Saúde.

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

Considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS; e

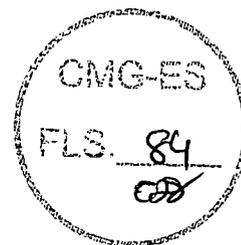
Considerando o Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes - Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS -, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme documento disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE



PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008

Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e
Considerando o inciso II do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos no Pacto Pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre as esferas de governo nas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Regionalização Solidária e Cooperativa firmada no Pacto Pela Saúde e seus pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS;

Considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família;

Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no Brasil;

Considerando a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, conforme o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta o desenvolvimento das ações da pessoa com deficiência no SUS;

Considerando as diretrizes nacionais para a Saúde Mental no SUS, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da reforma psiquiátrica;

Considerando a Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional;

Considerando a Política Nacional de Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, seus princípios e diretrizes;

Considerando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS, a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial da Saúde - OMS de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa - MT/MCA, a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia;

Considerando a Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994, que define a carga horária semanal máxima dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;

Considerando a Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998 que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física.

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o cronograma de envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, estabelecido na Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles considerados essenciais;

Considerando que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, estabelecida por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, e da integralidade e da equidade; e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

§ 5º prática da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deverá ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006.

Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando o seguinte:

I - Para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de 40 horas semanais, podem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um, sendo permitido o cadastro de profissionais de CBO diferentes;

II - Para os profissionais fisioterapeutas, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um;

III - Para os profissionais terapeutas ocupacionais, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; e,

IV - Para as demais ocupações vale a definição do caput deste parágrafo.

§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

§ 3º Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

§ 4º As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo I a esta Portaria.

Art. 5º Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.

§ 1º Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família.

§ 2º O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

Art. 6º Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família.

§ 1º O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

§ 2º Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

Art. 7º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I - definir o território de atuação de cada NASF quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou ao Distrito Federal;

II - planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos;

III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

IV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;

V - manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;

VI - disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF;

VII - realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais;

VIII - assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais dos NASF; e

IX - estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF.

Art. 8º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

I - identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º desta Portaria;

II - assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

III - realizar avaliação e/ou assessorar sua realização; e

IV - acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados nesta Portaria.

Art. 9º Definir que o processo de credenciamento, implantação e expansão dos NASF:

I - esteja vinculado à implantação/expansão da Atenção Básica/Saúde da Família na proporcionalidade definida no artigo 5º desta Portaria;

II - obedeça a mecanismos de adesão e ao fluxo de credenciamento, implantação e expansão definidos no Anexo II a esta Portaria, podendo ser utilizados os quadros do Anexo III a esta Portaria; e

III - tenha aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado.

Art. 10. Definir como valor de transferência para a implantação dos NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Art. 11. Definir como valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

§ 1º Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES.

§ 2º O envio da base de dados do SCNES pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o banco nacional deverá estar de acordo com a Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007.

§ 3º O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverão ser registrados no SIA/SUS, mas não gerarão créditos financeiros.

Art. 12. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria façam parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB variável) e componham o Bloco Financeiro de Atenção Básica.

§ 1º Incidem nos fluxos e requisitos mínimos para manutenção da transferência e solicitação de crédito retroativo os requisitos definidos pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

§ 2º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes ao NASF aos Municípios e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

- I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;
- II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;
- III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais dos NASF e/ou;
- IV - inexistência do número mínimo de Equipes de Saúde da Família vinculadas ao NASF, sendo consideradas para esse fim as Equipes de Saúde da Família completas e as Equipes de Saúde da Família incompletas por período de até 90 dias.

Art. 13. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

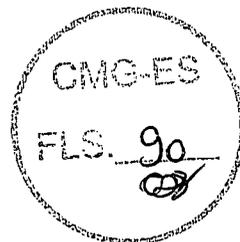
Ações de Atividade Física/Práticas Corporais - Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PT nº 687/GM, de 30 de março de 2006 -, compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras.

Em face do caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adoecimento, as ações de Atividade Física/Práticas Corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis.

Detalhamento das ações:

- desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade;
- veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;



- proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;

- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;

- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;

- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF;

- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais;

- supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade;

- promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território

- escolas, creches etc;

- articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; e

- promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população.

Ações das Práticas Integrativas e Complementares – Ações de Acupuntura e Homeopatia que visem à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diferentes abordagens, tornando disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.

Detalhamento das ações:

- desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares;

- veicular informações que visem à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;

- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;

- proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as ESF, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;

- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;

- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;

- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;

- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;

- promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc; e

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional.

Ações de Reabilitação - Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

A Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência - Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 - compreende que as "deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente" (CIF, 2003).

O processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a Inclusão Social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território.

Assim, é fundamental que os serviços de atenção básica sejam fortalecidos para o cuidado da população com deficiência e suas equipes tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade, encaminhando adequadamente os usuários para os outros níveis de complexidade quando se fizer necessário.

As ações de reabilitação devem ser multiprofissionais e transdisciplinares, provendo o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas no qual, por meio do entrosamento constante entre os diferentes profissionais, se formulem projetos terapêuticos únicos que considerem a pessoa, suas necessidades e o significado da deficiência no contexto familiar e social. Os resultados das ações deverão ser constantemente avaliados na busca por ações mais adequadas e prover o melhor cuidado longitudinal aos usuários.

Detalhamento das ações:

- realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF;
- desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado;
- desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil;
- desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;
- realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;
- acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF;
- desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;
- desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;
- realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;
- capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;
- realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;
- desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;
- desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;

- acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;
- acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;
- realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e
- realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência.

Ações de Alimentação e Nutrição - Ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis.

A promoção de práticas alimentares saudáveis é um componente importante da promoção da saúde em todas as fases do ciclo da vida e abrange os problemas vinculados à desnutrição, incluindo as carências específicas, a obesidade e os demais distúrbios nutricionais e sua relação com as doenças e agravos não-transmissíveis.

Nessa direção, é importante socializar o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos locais de custo acessível e elevado valor nutritivo. A incorporação das ações de alimentação e nutrição, no âmbito da Atenção Básica, deverá dar respostas as suas principais demandas assistenciais, ampliando a qualidade dos planos terapêuticos especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação.

O diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, propiciada pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional confere racionalidade como base de decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural da população.

As ações de Alimentação e Nutrição integram o compromisso do setor saúde com relação aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional criado pela Lei. nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Detalhamento das ações:

- conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;
- capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e
- elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento.

Ações de Saúde Mental - Atenção aos usuários é a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a

organização dessa rede, pois são serviços também territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os frequentam - sua família, escola, trabalho, igreja etc. - e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em saúde mental. Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania.

Detalhamento das ações:

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc;
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

Ações de Serviço Social - Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.

Considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos, as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem ao fortalecimento da cidadania.

Detalhamento das ações:

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;
- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;
- discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;

- atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;
- identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;
- discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;
- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;
- identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;
- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;
- desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;
- estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;
- capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e
- no âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia.

Ações de Saúde da Criança - Ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja complexidade exija atenção diferenciada. Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família, que estejam inseridas num processo de educação permanente. Ações de capacitação dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.

Detalhamento das ações:

- realizar junto com as ESF o planejamento das ações de saúde da criança;
- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da criança, além de situações específicas, como a de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitem de ampliação da clínica em relação a questões específicas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando desenvolver espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc);
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da criança se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; e
- realizar visita domiciliar conjunta às equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

Ações de Saúde da Mulher - Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família que estejam inseridas num processo de educação permanente; ações de capacitação em serviço dentro de um processo de

educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família; ações de atenção individual às mulheres, desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família; cuja complexidade do caso exija atenção diferenciada; ações diferenciadas, como pré-natal de risco não habitual, cujo acompanhamento se desenvolva de maneira compartilhada com as equipes Saúde da Família; realização de colposcopia e biópsias dirigidas, realização de cirurgias de alta-freqüência (CAF) e demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.

Detalhamento das ações:

- realizar junto com as ESF, o planejamento das ações de saúde da mulher;
- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da mulher, além de situações específicas como a de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões específicas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc;
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da mulher se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; e
- realizar visita domiciliar em conjunto com as equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

Ações de Assistência Farmacêutica - Ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

A Assistência Farmacêutica nos NASF visa fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico de forma integrada às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, cujo trabalho buscará garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo com a resolubilidade das ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde, conforme estabelecem as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família e da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Detalhamento das ações:

- coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;
- promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;
- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família;
- selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços;

- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/Saúde da Família;
- acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- subsidiar o gestor, os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade associados aos medicamentos;
- elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;
- intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida;
- estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica; e
- treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

ANEXO II MECANISMOS DE ADESÃO/IMPLANTAÇÃO DOS NASF

I. Para implantar os NASF, os Municípios e o Distrito Federal devem elaborar Projeto de Implantação, contemplando:

- o território de atuação, formado por áreas contíguas de equipes de Atenção Básica/Saúde da Família;
- as principais atividades a serem desenvolvidas;
- os profissionais a serem inseridos/contratados;
- a forma de contratação e a carga horária dos profissionais;
- a identificação das Equipes Saúde da Família - ESF vinculadas aos NASF;
- o planejamento e/ou a previsão de agenda compartilhada entre as diferentes equipes SF e a equipe dos NASF, que incluam ações individuais e coletivas, de assistência, de apoio pedagógico tanto das ESF quanto da comunidade e as ações de visita domiciliar;
- o código do CNES da Unidade de Saúde em que será credenciado o serviço NASF, que deve estar inserida no território das ESF vinculadas;
- o formato de integração no sistema de saúde, incluindo fluxos e mecanismos de referências e contra-referências aos demais serviços da rede assistencial, prevendo mecanismos de retorno da informação e a coordenação do acesso pelas ESF; e
- descrição dos investimentos necessários à adequação da Unidade de Saúde para o bom desempenho das ações dos NASF.

II. A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou a sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta ao Ministério da Saúde.

III. A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Vencido o prazo fixado, o Município poderá enviar a solicitação de credenciamento com o protocolo de entrada na SES que comprove a expiração do prazo diretamente ao Ministério da Saúde.

Áreas de Apoio do NASF

	Ocupações	Nome do(s) Profissional(is), se existirem	Carga horária	Carga horária semanal por ocupação
Atividade Física	Profissional da Educ. Física			
Alimentação	Nutricionista			
Reabilitação	Fisioterapeuta			
	Fonoaudiólogo			
Serviço Social	Assistente Social			
Saúde Mental	Psicólogo			
	Psiquiatra			
	Terapeuta Ocupacional			
Saúde da Mulher	Ginecologista/ Obstetra			
Saúde da Criança	Pediatra			
Homeopatia	Médico Homeopata			
Acupuntura	Médico Acupunturista Fisioterapeuta Acupunturista			
	Psicólogo Acupunturista			
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico			
Outros:				

Infra-estrutura
Material Permanente

	Existente	Qtde.	A adquirir	Qtde.

Forma de contratação de recursos humanos

Ocupação e nome do profissional (se já estiver definido)	Forma de recrutamento	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho

Quadro de metas das Ações em áreas Estratégicas

Área Estratégica	Ações propostas para o NASF	Quantitativo de ações programadas por ano

(*) Republicada por ter saído publicada no DOU nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, págs. 47 a 49, com incorreção no original.

PORTARIA Nº 204/GM DE 29 DE JANEIRO DE 2007.

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que trata do repasse de recursos federais de saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que trata da comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a necessidade, de qualificar o processo de descentralização, organização e gestão das ações e serviços do SUS, assim como de fortalecer seus compromissos e responsabilidades sanitárias, com base no processo de pactuação intergestores;

Considerando a responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que permitam ao gestor um melhor acompanhamento das ações de saúde realizadas no âmbito do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

**Capítulo I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Art. 3º Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

Art. 5º Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

§ 1º Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos, devendo ser movimentados conforme legislação em conta bancária específica, respeitadas as normas estabelecidas em cada acordo firmado.

§ 2º Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco.

Art. 6º Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

§ 1º Aos recursos relativos às unidades públicas próprias não se aplicam as restrições previstas no caput deste artigo.

§ 2º Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, devem ser utilizados considerando que fica vedada a utilização desse para pagamento de:

I - servidores inativos;

II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

IV - pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e

V - obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

§ 3º Os recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco.

§ 4º A possibilidade de remanejamento dos recursos entre os blocos será regulamentada em portaria específica no prazo de 90 (noventa) dias.

Art. 7º Aos recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

Art. 8º Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Capítulo II DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO

Seção I Do Bloco de Atenção Básica

Art. 9º O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

I - Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo; e

II - Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

Art. 10. O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao Componente PAB Fixo, podem ser aplicados no financiamento dessas unidades.

Art 11. O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos do Componente PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

§ 2º Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

§ 3º Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e levados ao conhecimento do plenário da CIT,

devendo atender a especificidades estaduais e transferidos mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

§ 4º Os recursos federais referentes aos incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, poderão ser transferidos ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

§ 5º Os recursos do Componente PAB Variável correspondentes atualmente às ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

Art. 12. O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Atenção Básica está definido nas Portarias GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, nº 649, de 28 de março de 2006; nº 650, de 28 de março de 2006, nº 822, de 17 de abril de 2006, nº 847, de 2 de junho de 2005, na Portaria SAS/MS nº 340, de 14 de julho de 2004, na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 e na Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004.

Seção II Do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Art. 13. O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

- I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC; e
- II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 14. O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente.

§ 1º Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem aqueles atualmente designados:

- I - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;
- II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
- V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI;
- VII - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; e
- VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

§ 2º Os recursos federais de que trata este artigo, serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

Art. 15. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados pelo FAEC, serão gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e devem ser publicados em portarias específicas, conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT.

Parágrafo único. Enquanto o procedimento não for incorporado ao componente Limite financeiro MAC, este será financiado pelo Componente FAEC.

Art. 16. O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, considerando o disposto no artigo 15, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

- I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;
- II - transplantes e procedimentos vinculados;
- III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e
- IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

§ 1º Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade são financiados por meio do Componente FAEC, classificados no inciso III do caput deste artigo.

Art. 17. Os procedimentos da atenção básica, atualmente financiados pelo FAEC, serão incorporados ao bloco de Atenção Básica dos Municípios e do Distrito Federal, conforme o cronograma previsto no artigo 15 desta Portaria:

- I - 0705101-8 Coleta de material para exames citopatológicos;
- II - 0705103-4 Coleta de sangue para triagem neonatal;
- III - 0707102-7 Adesão ao componente I – Incentivo à Assistência pré-natal; e
- IV - 0707103-5 Conclusão da Assistência Pré-natal.

Seção III Do Bloco de Vigilância em Saúde

Art. 18. Os recursos que compõem o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

Art. 19. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

- I - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e
- II - Componente da Vigilância Sanitária.

§ 1º Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente.

§ 2º Os recursos deste bloco de financiamento devem ser utilizados conforme a Programação Pactuada e Integrada e a orientação do respectivo Plano de Saúde.

Art. 20. O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e também pelos seguintes incentivos:

- I - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- II - Laboratórios de Saúde Pública;
- III - Atividade de Promoção à Saúde;
- IV - Registro de Câncer de Base Populacional;
- V - Serviço de Verificação de Óbito;
- VI - Campanhas de Vacinação;
- VII - Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*;
- VIII - Contratação dos Agentes de Campo;
- IX - DST/Aids; e

X - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados ao Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

§ 2º Serão incorporados ao item II deste artigo - Laboratórios de Saúde Pública, os recursos da Vigilância Sanitária destinados a ações de apoio laboratorial.

Art. 21. No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

- I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (VIGISUS II); e
- II - Programa DST/AIDS.

Art. 22. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVISA, o qual será regulamentado em portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde.

Art. 23. O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Vigilância em Saúde está definido na Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, na Portaria nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004, na Portaria nº 2.607/GM, de 28 de dezembro de 2005, na Portaria nº 2.608/GM, de 28 de dezembro de 2005 e na Portaria nº 2.606/GM, de 28 de dezembro de 2005.

Seção IV Do Bloco de Assistência Farmacêutica

Art. 24. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

- I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e
- III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Art. 25. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

§ 1º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

§ 2º A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e (ou) Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

§ 4º A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

§ 5º Os recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes a medicamentos para os Programas de Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes, devem ser descentralizados para Estados, Distrito Federal ou Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

§ 6º Os demais recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e, posteriormente, nas Comissões Intergestores Bipartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nesses programas.

§ 7º Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação na CIT.

Art. 26. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - anti-retrovirais do programa DST/Aids;

III - sangue e hemoderivados; e

IV - imunobiológicos.

Art. 27. O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE destina-se ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica.

§ 1º O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional é de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

§ 2º Os recursos do Ministério da Saúde aplicados no financiamento do CMDE terão como base a emissão e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas pelos gestores estaduais, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos na Portaria nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006.

§ 3º Trimestralmente, o Ministério da Saúde publicará portaria com os valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, apurados com base na média trimestral das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS.

Seção V Do Bloco de Gestão do SUS

Art. 28. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

Art. 29. O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e

II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

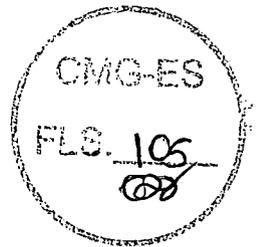
Parágrafo único. O detalhamento do financiamento das ações referentes a esses componentes, para 2007, encontra-se no Anexo II a esta Portaria.

Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;

II - Planejamento e Orçamento;

III - Programação;



- IV - Regionalização;
- V - Gestão do Trabalho;
- VI - Educação em Saúde;
- VII - Incentivo à Participação e Controle Social;
- VIII - Informação e Informática em Saúde;
- IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e
- X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico e no Anexo II a esta Portaria, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

Art. 31. O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

- I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI - implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- VII - Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- VIII - reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- IX - implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- X - adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e
- XI - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Parágrafo único. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

CAPÍTULO III DO MONITORAMENTO E CONTROLE DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO

Art. 32. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 1º A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006.

§ 2º A regulamentação do fluxo para a comprovação da aplicação dos recursos fundo a fundo, objeto desta Portaria, será realizada em portaria específica, no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 33. Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes.

Art. 34. As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

Art. 35. Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos constantes no Anexo I (a, b, c, d, e).

Art. 36. O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento devem ser efetuados, por meio dos instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a prestação de informações de forma regular e sistemática, sem prejuízo do estabelecido no artigo 32.

Art. 37. As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios serão suspensas nas seguintes situações:

I - referentes ao bloco da Atenção Básica, quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano e para o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e CNES;

II - referentes ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, quando do não-pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas;

III - referentes ao bloco de Vigilância em Saúde, quando os recursos nos estados, no Distrito Federal e nos Municípios estiverem sem movimentação bancária e com saldos correspondentes a seis meses de repasse, sem justificativa;

IV - quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Estado, do Distrito Federal ou do Município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da Auditoria.

Parágrafo único. A regularização do repasse da parcela mensal do Bloco de Vigilância em Saúde dar-se-á a partir do mês de competência da apresentação dos documentos comprobatórios do comprometimento de pelo menos 60% do saldo existente no bloco.

Art. 38. Fica estabelecido o Termo de Ajuste Sanitário – TAS como um instrumento formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema, com o prazo de 60 (sessenta) dias para ser regulamentado.

Parágrafo único. Não será aplicável a utilização do TAS quando for comprovada a malversação de recursos.

Art. 39. Os recursos federais referente aos cinco blocos de financiamento onerarão as ações detalhadas no Anexo III a esta Portaria.

Art. 40. Esta Portaria altera a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, no Anexo II – Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS - no que se refere:

I - ao bloco de financiamento da Atenção Básica, o item Financiamento das Estratégias que compõem o PAB Variável passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.” (NR)

II - ao bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade, Ambulatorial e Hospitalar, o item Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

II - transplantes e os procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido;

IV - novos procedimentos, não-relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.” (NR)

III - ao bloco de financiamento para a Vigilância à Saúde, o item componente Vigilância Epidemiológica, no que se refere a repasses específicos, passa a vigorar com a seguinte redação:

“No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios (VIGISUS II); e

II - programa DST/Aids.” (NR)

IV - ao bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, o item Componente Estratégico, passa a vigorar com a seguinte redação:

"O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - Programa DST/Aids (anti-retrovirais);

III - Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados;

IV - Imunobiológicos." (NR)

V - ao bloco de financiamento da Gestão do SUS, passa a vigorar com a seguinte redação:

"O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.".

Art. 41. Revogam-se as Portarias GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998; nº 531, de 30 de abril de 1999, nº 2.425 de 30 de dezembro de 2002, e nº 698, de 30 de março de 2006.

Art. 42. A consonância normativa decorrente da publicação desta Portaria deverá ser realizada no prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 43. Esta Portaria entra em vigor a partir da competência fevereiro de 2007.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

**ANEXO I – a - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA
MEMÓRIAS DE CÁLCULO**

UF	Municípios	PAB Fixo	PAB VARIÁVEL							Outros
			Saúde da Família (SF)	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Saúde Bucal (SB)	Compensação das Especialidades Regionais	Incentivos aos Povos Indígenas	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	Atenção Adolescente em conflito com a Lei	

MEMÓRIA DE CÁLCULO DO BLOCO DE ATENÇÃO BÁSICA PARA ESTADOS

UF	PAB VARIÁVEL		
	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	Atenção Adolescente em conflito com a Lei	Outros

ANEXO I – b - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA													
		Componente Limite Financeiro MAC										FAEC			
		Teto MAC	CEO	SAMU	CEREST	FIDEPS	IAP	INTEGRASUS	Incentivo de contratualização Hospitais de Ensino	Incentivo de contratualização Hospitais de Pequeno Porte	Incentivo de contratualização Hospitais Filantrópicos	Outros CNRAC	Transplantes	Novos Procedimentos	Outros

O Componente FAEC não tem valores fixo, dependendo da produção de serviços.

ANEXO I – c - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

UF	Municípios	MEMÓRIAS DE CÁLCULO												
		VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL											VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
		TEVS	NÚCLEO VIG EPIDEMIO HOSPITALAR	SVO	PROMOÇÃO A SAÚDE	RESISTÊNCIA A INSETICIDA	CÂNCER DE BASE POP	LACEN	VIGISUS II	CAMPANHA DE VACINAÇÃO	DST/ AIDS	CONTRATAÇÃO DE AGENTE	TEVISA	TAXAS

719-108
 CMG-ES

ANEXO I – d - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

MEMÓRIAS DE CÁLCULO							
UF	Municípios	COMPONENTE BÁSICO					
		PARTE FIXA Incentivo à assistência farmacêutica básica	Hipertensão e Diabetes	Asma e Rinite	Saúde da Mulher	Saúde Mental	Combate ao Tabagismo
COMPONENTE ESTRATÉGICO							
Aquisição centralizada no Ministério da Saúde	Endemias	Anti-retrovirais do Programa DST/Aids	Imunobiológicos	Sangue e Hemoderivados			
ESTADOS		COMPONENTE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL					
		Medicamentos da Tabela de procedimentos SIA/SUS					

ANEXO I – e - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA GESTÃO DO SUS
MEMÓRIAS DE CÁLCULO

COMPONENTE PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS										
UF	Municípios	Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento	Planejamento e Orçamento	Programação	Regionalização	Gestão do Trabalho	Educação em Saúde	Incentivo à Participação e Controle Social	Informação e Informática em Saúde	Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica

COMPONENTE PARA A IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE											
UF	Municípios	Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	Implantação e Residências Terapêuticas em Saúde Mental	Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Implantação de Centros de Especialidade Odontológicas – CEO	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino

CMG-ES
F.S. 109
08

ANEXO II - BLOCO DE FINANCIAMENTO DE GESTÃO DO SUS
COMPONENTE DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

AÇÃO	OBJETIVO	MONTANTE DE RECURSO ANUAL - 2007	VALOR DE CADA PARCELA	PARCELA	CRITÉRIOS
Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	Apoiar funcionamento dos Complexos Reguladores	60 milhões		Única	Projeto de Regulação aprovado na CIB
				Mensal	A ser definido em portaria específica
	Apoiar os sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria	860 mil		Única	A ser definido em portaria específica
	Implantar ações de monitoramento e avaliação nos estados e municípios	2 milhões		Anual	A ser definido em portaria específica
Planejamento e Orçamento	Apoiar as áreas de planejamento na implementação do PlanejaSUS	18 milhões		Única	Elaboração e pactuação na CIB de programa de trabalho para organização e/ou reorganização das ações de planejamento, com vistas à efetivação do Sistema de Planejamento do SUS e a consequente formulação dos instrumentos básicos do Planejamento, conforme Portaria GM/MS nº 3.085, de 01/12/2006
Regionalização	Apoiar o desenvolvimento e manutenção do PDR	10 milhões	R\$ 20.000,00 por região de saúde ¹	Anual	Formação de Colegiado de Gestão Regional com reconhecimento pela CIB – Estadual e informação a CIT para conhecimento
	Apoiar a organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional				
	SIS-Fronteira	R\$ 15.254.778,00	De acordo com a fase do Projeto	3 vezes	Adesão dos Municípios de até 10 Km da fronteira ao Projeto - Início Fase I.
	Promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços				Conclusão da Fase I e início da Fase II. Início da Fase III Conforme PT/GM nº 1.188 de 5/06/2006 e PT GM/MS nº 1.189 de 5/06/2006
Educação na Saúde	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	35 Milhões	Conforme Portaria específica a ser publicada.	Trimestral	A ser definido em portaria específica

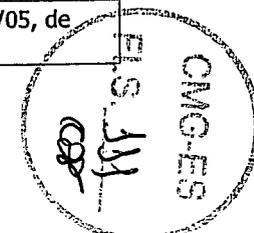


AÇÃO	OBJETIVO	MONTANTE DE RECURSO ANUAL - 2007	VALOR DE CADA PARCELA	PARCELA	CRITÉRIOS
	Formação de Profissionais de Nível Técnico	50 Milhões	Conforme Portaria específica a ser publicada.	Trimestral	A ser definido em portaria específica
Gestão do Trabalho	Fortalecer as áreas de gestão do trabalho e educação na saúde nas SES e SMS.	R\$ 6.356.500,00	Conforme estabelecido nas 4 etapas do componente I do ProgeSUS	Única	Critérios fixados na Portaria GM/MS nº 2261, de 26/09/2006
Incentivo à Participação do controle social	Ampliar mobilização dos movimentos sociais em defesa do SUS e da reforma sanitária; Fortalecer o processo de controle social, informatização, educação permanente e monitoramento.	R\$ 11 milhões		Bianual	A ser definido em portaria específica.
Informação e Informática em Saúde	Gestão da Informação - Modelo BVS/Rede BiblioSVS - Política Editorial - Gestão arquivológica - Patrimônio cultural da saúde	2 milhões		Bianual	Projeto aprovado na CIB Realizar ações em pelo menos 1 dos 4 eixos De acordo com a PT GM/MS nº 1.958 de 16/09/2004
Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica	Estruturar e organizar os serviços e ações de assistência farmacêutica.	R\$ 6 milhões		Anual	A ser definido em portaria específica.

– Os recursos referentes às regiões de saúde intramunicipais serão transferidas aos FMS e aqueles referentes às demais regiões aos FES.

COMPONENTE DE IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

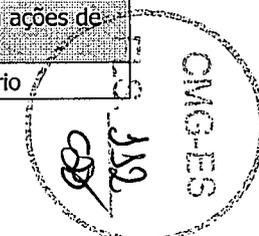
ÁREA	OBJETIVO	VALOR DE CADA PARCELA	CRITÉRIOS	PORTARIA EXISTENTE
Incentivo à implantação e/ou qualificação de políticas específicas	Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	R\$ 20.000,00 (CAPS I) R\$ 30.000,00 (CAPS II e I) R\$ 50.000,00 (CAPS III e ad)	Epidemiológico-Populacional	PT GM/MS nº 245/05, de 18/02/2005 PT GM/MS nº 1935/04, de 16/09/2004
	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	R\$ 10.000,00 em 3 parcelas	Projeto técnico do programa de qualificação dos CAPS De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 1.174/05, de 08/07/2005
	Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental	R\$ 10.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 246/05, de 18/02/2005
	Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad	R\$ 50.000,00	Existência de CAPS ad Região Metropolitana	PT GM/MS nº 1.059/05, de 05/07/2005



AREA	OBJETIVO	VALOR DE CADA PARGELA	CRITÉRIOS	PORTARIA EXISTENTE
	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	R\$ 5.000,00 R\$ 10.000,00 R\$ 15.000,00	Existência de geração de renda em curso	PT GM/MS nº 1.169/05, de 08/07/2005
	Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO	R\$ 40.000,00 (CEO I) R\$ 50.000,00 (CEO II) R\$ 80.000,00 (CEO III)	Epidemiológico populacional	PT GM/MS nº 1572, de 29/07/2004 PT GM/MS nº 283, de 22/02/2005 PT GM/MS nº 599, de 23/03/2006 PT GM/MS nº 600, de 23/03/2006
	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU	R\$ 50.000,00 R\$ 100.000,00	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1863, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1864, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1828, de 2/09/2004
	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Variável	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 585, de 06/04/2004
	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	R\$ 50.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 2437, de 09/12/2005
	Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino	Variável	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1702, de 17/08/2004 MEC/MS nº 1006, de 27/04/2004

ANEXO III – CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA

BLOCO DE FINANCIAMENTO	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	DESCRIPTOR
ATENÇÃO BÁSICA	10.301.1214.8577	Atendimento Assistencial básico nos Municípios Brasileiros
	10.301.1214.0589	Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados a Parte Variável do Piso da Atenção Básica
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1214.8573	Expansão e Consolidação da Saúde da Família
	10.301.1312.6177	Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem
	10.302.1312.8527	Serviço de atenção à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional
	10.128.1311.6199	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	10.302.1220.8585	Atenção à saúde da população nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados habilitados em Gestão Plena/avançada
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1312.6188	Atenção à Saúde do Trabalhador
VIGILANCIA EM SAÚDE Componente: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde	10.305.1203.0829	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal certificados para Vigilância em Saúde
	10.305.1203.3994	Modernização do Sistema de Vigilância em saúde
	10.302.1306.0214	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal para Ações de Prevenção e Qualificação – HIV/Aids
Componente: Vigilância Sanitária	10.304.1289.0990	Incentivo Financeiro aos municípios e ao Distrito Federal habilitados a parte variável do Piso de Atenção Básica para ações de Vigilância Sanitária
	10.304.1289.0852	Incentivo Financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de médio e alto risco sanitário



BLOCO DE FINANCIAMENTO	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	DESCRIPTOR
	10.304.1289.6134	Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde
	10.304.1289.6133	Vigilância Sanitária de Produtos
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	10.303.1293.0593	Incentivo Financeiro a municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB para Assistência Farmacêutica Básica
	10.303.1293.4368	Promoção da oferta e da cobertura dos serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde
GESTÃO DO SUS	10.303.1293.4705	Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais
	10.303.1293.0804	Apoio à estruturação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública
	10.302.1220.6839	Fomento ao Desenvolvimento da Gestão, Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde
	10.183.1300.6152	Cartão Nacional de Saúde
	10.302.1312.8529	Serviços extra-hospitalares de atenção aos portadores de transtornos mentais e decorrentes do uso de AD
	10.122.1311.6488	Apoio às escolas técnicas de saúde, escolas de saúde pública, centros formadores e centros colaboradores
	10.122.1300.7666	Investimento para humanização e ampliação do acesso a atenção à saúde
	10.571.1312.8525	Fomento a estudos e pesquisa sobre a saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo
	10.302.1303.2821	Cooperação Técnica para qualificação da atenção a saúde das pessoas em situações de violência e outras causas externas
	10.846.1311.0847	Apoio à capacitação de formuladores de políticas em áreas específicas dos estados e municípios.
	10.128.1311.6199	Formação de profissionais técnicos de saúde
	10.122.1311.6196	Serviço civil profissional em saúde
	10.364.1311.8541	Formação de recursos humanos em educação profissional e de pós-graduação stricto e lato sensu.
	10.122.0016.8287	Qualificação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde
	10.573.1311.6200	Promoção dos princípios da Educação Popular em Saúde
	10.122.1314.2272	Gestão e Administração do Programa
	10.131.1314.6804	Mobilização da sociedade para a Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde
	10.131.1314.6806	Controle Social no Sistema Único de Saúde
	10.422.1314.6182	Ouvidoria Nacional de Saúde
	10.845.1311.0851	Apoio à formação permanente de agentes para o Controle Social
10.125.1220.8537	Sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria	



PORTARIA Nº 971, DE 3 DE MAIO DE 2006



Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e

Considerando o disposto no inciso II do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso da Medicina Tradicional/Medicina Complementar/Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas e que em seu documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso;

Considerando que o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA;

Considerando que a Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico complexo, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos, e que a MTC também dispõe de práticas corporais complementares que se constituem em ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças;

Considerando que a Homeopatia é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde;

Considerando que a Fitoterapia é um recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social;

Considerando que o Termalismo Social/Crenoterapia constituem uma abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde e que nosso País dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS); e

Considerando que a melhoria dos serviços, o aumento da resolutividade e o incremento de diferentes abordagens configuram, assim, prioridade do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, aumentando o acesso, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.

Art. 2º Definir que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema da Política ora aprovada, devam promover a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA



ANEXO

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde – PNPIC

1. INTRODUÇÃO

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

No final da década de 70, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde, bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade. O documento "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" reafirma o desenvolvimento desses princípios.

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciou-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras.

Alguns eventos e documentos merecem destaque na regulamentação e tentativas de construção da política:

- 1985 - celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde;
- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta das Práticas Integrativas e Complementares no sistema de saúde do Brasil, visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela "introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida";
- 1988 - resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia;
- 1995 - instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não-Convencionais, por meio da Portaria nº 2543/GM, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;
- 1996 - 10ª Conferência Nacional de Saúde que, em seu relatório final, aprovou a "incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares";
- 1999 - inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (Portaria nº 1230/GM de outubro de 1999);
- 2000 - 11ª Conferência Nacional de Saúde que recomenda "incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia";
- 2001 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;

- 2003 - constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC ou apenas MNPC) no SUS (atual PNPIC);
- 2003 - Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS;
- 2003 - Relatório Final da 12ª CNS que delibera pela efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual Práticas Integrativas e Complementares).
- 2004 - 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovações em Saúde à MNPC (atual Práticas Integrativas e Complementares) que foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa;
- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; e
- 2005 - Relatório Final do Seminário "Águas Minerais do Brasil", em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de Termalismo Social no SUS.

Levantamento realizado junto a Estados e municípios em 2004, mostrou a estruturação de algumas dessas práticas contempladas na política em 26 Estados, num total de 19 capitais e 232 municípios.

Esta política, portanto, atende às diretrizes da OMS e visa avançar na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS.

1.1. MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

A Medicina Tradicional Chinesa caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do Yin-Yang, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, dietoterapia, práticas corporais e mentais).

A acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da medicina tradicional chinesa (MTC), a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Achados arqueológicos permitem supor que essa fonte de conhecimento remonta há pelo menos 3000 anos. A denominação chinesa zhen jiu, que significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII, resultando no vocábulo acupuntura (derivado das palavras latinas acus, agulha, e punctio, punção). O efeito terapêutico da estimulação de zonas neuroreativas ou "pontos de acupuntura" foi, a princípio, descrito e explicado numa linguagem de época, simbólica e analógica, consoante com a filosofia clássica chinesa.

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea, e graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente como do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. Admite-se, atualmente, que a estimulação de pontos de acupuntura provoca a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

A OMS recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do National Institutes of Health dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas,



reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorréia, cefaléia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outras.

A MTC inclui ainda práticas corporais (lian gong, chi gong, tuina, tai-chi-chuan); práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve suas normas fixadas para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Vários conselhos de profissões da saúde regulamentadas reconhecem a acupuntura como especialidade em nosso país, e os cursos de formação encontram-se disponíveis em diversas unidades federadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) do Sistema Único de Saúde a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na Região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema).

De acordo com o diagnóstico da inserção da MNPC nos serviços prestados pelo SUS e os dados do SIA/SUS, verifica-se que a puntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais.

Diante do exposto, é necessário repensar, à luz do modelo de atenção proposto pelo Ministério, a inserção dessa prática no SUS, considerando a necessidade de aumento de sua capilaridade para garantir o princípio da universalidade.

1.2. HOMEOPATIA

A homeopatia, sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes foi enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a homeopatia foi introduzida por Benoit Mure, em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento.

Em 1979, é fundada a Associação Médica Homeopática Brasileira (AMHB); em 1980, a homeopatia é reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1000); em 1990, é criada a Associação Brasileira de Farmacêuticos Homeopatas (ABFH); em 1992, é reconhecida como especialidade farmacêutica pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº 232); em 1993, é criada a Associação Médico-Veterinária Homeopática Brasileira (AMVHB); e em 2000, é reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina Veterinária (Resolução nº 622).

A partir da década de 80, alguns Estados e municípios brasileiros começaram a oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de saúde, porém como iniciativas isoladas e, às vezes, descontinuadas, por falta de uma política nacional. Em 1988, pela Resolução nº 4/88, a Ciplan fixou normas para atendimento em homeopatia nos serviços públicos de saúde e, em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela SIA/SUS a consulta médica em homeopatia.

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, foi ampliada a oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia que, desde sua inserção como procedimento na tabela do SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. No ano de 2003, o sistema de informação do SUS e os dados do diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004 revelam que a homeopatia está presente na rede pública de saúde em 20 unidades da Federação, 16 capitais, 158 municípios, contando com registro de 457 profissionais médicos homeopatas.

Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.



Embora venha ocorrendo aumento da oferta de serviços, a assistência farmacêutica em homeopatia não acompanha essa tendência. Conforme levantamento da AMHB, realizado em 2000, apenas 30% dos serviços de homeopatia da rede SUS forneciam medicamento homeopático. Dados do levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, revelam que apenas 9,6% dos municípios que informaram ofertar serviços de homeopatia possuem farmácia pública de manipulação.

A implementação da homeopatia no SUS representa uma portante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que:

- recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;
- fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;
- atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não-transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e
- contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência;

Em 2004, com o objetivo de estabelecer processo participativo de discussão das diretrizes gerais da homeopatia, que serviram de subsídio à formulação da presente Política Nacional, foi realizado pelo Ministério da Saúde o 1º Fórum Nacional de Homeopatia, intitulado "A Homeopatia que queremos implantar no SUS". Reuniu profissionais; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde; Universidades Públicas; Associação de Usuários de Homeopatia no SUS; entidades homeopáticas nacionais representativas; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos Federais de Farmácia e de Medicina; Liga Médica Homeopática Internacional (LMHI), entidade médica homeopática internacional, e representantes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (ANVISA).

1.3. PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA

A fitoterapia é uma "terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal". O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças.

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais do mundo.

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sociodiversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento.

O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. A partir da década de 80, diversos documentos foram elaborados, enfatizando a introdução de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção básica no sistema público, entre os quais se destacam:

- a Resolução Ciplan nº 8/88, que regulamenta a implantação da fitoterapia nos serviços de saúde e cria procedimentos e rotinas relativas a sua prática nas unidades assistenciais médicas;
- o Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, que aponta no item 286.12: "incorporar no SUS, em todo o País, as práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares" e, no item 351.10: "o Ministério da Saúde deve incentivar a fitoterapia na assistência farmacêutica pública e elaborar normas para sua utilização, amplamente discutidas com os trabalhadores em saúde e especialistas, nas cidades onde existir maior participação popular, com gestores mais empenhados com a questão da cidadania e dos movimentos populares";

a Portaria nº 3916/98, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, a qual estabelece, no âmbito de suas diretrizes para o desenvolvimento científico e tecnológico: "...deverá ser continuado e expandido o apoio às pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando a certificação de suas propriedades medicamentosas";

- o Relatório do Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica, realizado em 2003, que entre as suas recomendações, contempla: "integrar no Sistema Único de Saúde o uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos";

- o Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que aponta a necessidade de se "investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica".

- a Resolução nº 338/04, do Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual contempla, em seus eixos estratégicos, a "definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação dessa opção terapêutica e baseada no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País";

- 2005 - Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o Grupo de Trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Atualmente, existem programas estaduais e municipais de fitoterapia, desde aqueles com memento terapêutico e regulamentação específica para o serviço, implementados há mais de 10 anos, até aqueles com início recente ou com pretensão de implantação. Em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, verificou-se, em todos os municípios brasileiros, que a fitoterapia está presente em 116 municípios, contemplando 22 unidades federadas.

No âmbito federal, cabe assinalar, ainda, que o Ministério da Saúde realizou, em 2001, o Fórum para formulação de uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, do qual participaram diferentes segmentos tendo em conta, em especial, a intersetorialidade envolvida na cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Em 2003, o Ministério promoveu o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Ambas as iniciativas aportaram contribuições importantes para a formulação desta Política Nacional, como concretização de uma etapa para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

1.4. TERMALISMO SOCIAL/CRENOTERAPIA

O uso das Águas Minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal.

O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O campo sofreu considerável redução de sua produção científica e divulgação com as mudanças surgidas no campo da medicina e da produção social da saúde como um todo, após o término da segunda guerra mundial.

A partir da década de 90, a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde.

Países europeus como Espanha, França, Itália, Alemanha, Hungria e outros adotam desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais



especializados, objetivando proporcionar a essa população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar seja para sua saúde, assim como preservá-la.

O termalismo, contemplado nas resoluções CIPLAN de 1988, manteve-se ativo em alguns serviços municipais de saúde de regiões com fontes termais como é o caso de Poços de Caldas, em Minas Gerais.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

2. OBJETIVOS

2.1 Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

2.2 Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às Práticas Integrativas e Complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

2.3 Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

2.4 Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

3. DIRETRIZES

3.1. Estruturação e fortalecimento da atenção em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, mediante:

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica;
- desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção;
- implantação e implementação de ações e fortalecimento de iniciativas existentes;
- estabelecimento de mecanismos de financiamento;
- elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; e
- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde.

3.2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em Práticas Integrativas e Complementares para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.

3.3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das Práticas Integrativas e Complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional:

Apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Práticas Integrativas e Complementares que atuem na estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Elaboração de materiais de divulgação, como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos, visando à promoção de ações de informação e divulgação das Práticas Integrativas e Complementares, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral.

- Inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares.

3.4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.

3.5. Fortalecimento da participação social.

3.6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nesses âmbitos, na regulamentação sanitária.

- Elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos.

- Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.

- Cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.

- Cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.

3.7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos das Práticas Integrativas e Complementares, com qualidade e segurança das ações.

3.8. Incentivo à pesquisa em Práticas Integrativas e Complementares com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.

3.9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares, para instrumentalização de processos de gestão.

3.10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências em Práticas Integrativas e Complementares nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.

- Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as Práticas Integrativas e Complementares esteja integrada ao serviço público de saúde.

3.11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

4.1. NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA-ACUPUNTURA

Premissa: desenvolvimento da Medicina Tradicional Chinesa-acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção.

Diretriz MTCA 1

Estruturação e fortalecimento da atenção em MTC-acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MTC-acupuntura em todos os níveis do sistema com ênfase na atenção básica.

1. NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deverão ser priorizados mecanismos que garantam a inserção de profissionais de saúde com regulamentação em acupuntura dentro da lógica de apoio, participação e co-responsabilização com as ESF

Além disso, será função precípua desse profissional

- atuar de forma integrada e planejada de acordo com as atividades prioritárias da estratégia Saúde da Família;

- identificar, em conjunto com as equipes da atenção básica (ESF e equipes de unidades básicas de saúde) e a população, a(s) prática(s) a ser(em) adotada(s) em determinada área;

- trabalhar na construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas sociais (intersectorialidade);

- avaliar, em conjunto com a equipe de saúde da família/atenção básica, o impacto na situação de saúde do desenvolvimento e implementação dessa nova prática, mediante indicadores previamente estabelecidos;

- atuar na especialidade com resolubilidade;

- trabalhar utilizando o sistema de referência/contra-referência num processo educativo; e

- discutir clinicamente os casos em reuniões tanto do núcleo quanto das equipes adscritas.





2. Centros especializados

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade deverão participar do sistema referência/contra-referência, atuando de forma resolutiva no processo de educação permanente.

Profissionais de saúde acupunturistas inseridos na rede hospitalar do SUS.

Para toda inserção de profissionais que exerçam a acupuntura no SUS será necessário o título de especialista.

Deverão ser elaboradas normas técnicas e operacionais compatíveis com a implantação e o desenvolvimento dessas práticas no SUS.

Diretriz MTCA 2

Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante os princípios e diretrizes para a Educação Permanente no SUS.

1. Incentivo à capacitação para que a equipe de saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde -individuais e coletivas na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: Tui-Na, Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC.

2. Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras.

3. Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da saúde.

Diretriz MTCA 3

Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MTC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS.

PORTARIA Nº 74 DE 06 DE FEVEREIRO DE 2007

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de garantir a atualização sistemática do banco de dados nacional do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES e dos Sistemas de Informações Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SUS (SIA e SIHD);

Considerando a necessidade de atualização do cronograma para envio das bases de dados dos Sistemas SCNES, SIA e SIHD/SUS por parte das Secretarias Estaduais, Distrito Federal e de Municípios em gestão plena do sistema, para alimentação do banco de dados nacional;

Considerando a necessidade de definição de competência para o CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

Considerando a Portaria Conjunta SAS/SE/MS nº 49, de 04 de julho de 2006, que disponibiliza o Aplicativo para Transmissão Simultânea de Dados, dos Sistemas de Informações Ambulatorial - SIA/SUS, Hospitalar - SIHD/SUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, das Secretarias Municipais de Saúde ao DATASUS e às Secretarias Estaduais de Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.722, de 22 de setembro de 2005, que altera a estrutura da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, e da qual consta a determinação de que todas as unidades hospitalares situadas no território nacional, públicas e privadas, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde - SUS, passem a informar ao Ministério da Saúde, por intermédio do gestor local do SUS a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independentemente da fonte de remuneração dos serviços prestados;

Considerando que o repasse de recursos dos procedimentos custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC depende do envio do banco de dados dos sistemas SIA e SIHD/SUS, regularmente;

Considerando que o não cumprimento do prazo estabelecido para alimentação regular do banco de dados nacional, pelos gestores estaduais, do Distrito Federal e municipal dificulta a liberação de recursos pelo tesouro nacional e a execução da programação orçamentária e financeira do Ministério da Saúde; e,

Considerando a Portaria SAS/MS nº 750, de 10 de outubro de 2006, que implementou o cadastro de equipes da Estratégia de Saúde da Família no SCNES;

Considerando a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o pacto pela Saúde 2006 e a Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006, no artigo 7º - b que estabelece que o não cumprimento da obrigatoriedade da manutenção dos Bancos de Dados Nacionais, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados no prazo de um ano, é motivo de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para Estados, Distrito Federal e Municípios, resolve:

Art. 1º - Estabelecer o cronograma de envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatorial - SIA e Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, referente às competências de fevereiro a julho de 2007, conforme anexos I, II, III, IV, respectivamente, desta Portaria.

Art. 2º - Determinar que as Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde encaminhem, mensalmente, o banco de dados do SCNES, SIA e do SIHD/SUS Departamento de Informática do SUS - DATASUS, conforme cronograma estabelecido no Artigo 1º desta Portaria.

§ 1º - Caberá aos municípios encaminharem a base de dados do SCNES, SIA e do SIHD/SUS simultaneamente ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS e às Secretarias Estaduais de Saúde, conforme Portaria Conjunta SAS/SE/MS nº 49, de 04 de julho de 2006.

§ 2º - Fica a Secretaria Estadual de Saúde responsável pela consolidação do banco de dados do SIA, do CNES, do SIHD/SUS e CIH, dos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e dos municípios que não estão habilitados em Gestão Plena do Sistema pela Norma Operacional da Assistência - NOAS ou que ainda não assinaram o Pacto de Gestão.

§ 3º - Caberá aos gestores acompanharem as remessas das bases de dados do SIA/SUS, SIHD e SCNES por intermédio do site <http://sia.datasus.gov.br/>; <http://sihd.datasus.gov.br> e <http://Cnes.datasus.gov.br>, encaminhadas ao DATASUS, podendo avaliar se as mesmas foram recebidas com sucesso. No caso de remessa rejeitada, deverá ser providenciado o reenvio imediato.

Art. 3º - Caberá ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/MS disponibilizar as versões dos Sistemas SIA, SIHD e SCNES até o dia 25 de cada mês, no site: <http://cnes.datasus.gov.br>; <http://sia.datasus.gov.br> e <http://sihd.datasus.gov.br>.

§ 1º - A versões do SCNES que serão disponibilizadas a cada dia 25 deverão ser utilizadas para atualização cadastral de competência seguinte.

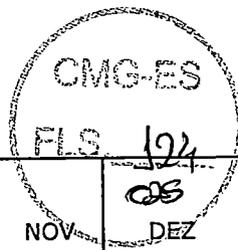
§ 2º - As versões dos aplicativos de captação da produção (BPA, APAC e SISAIH 01) deverão ser disponibilizadas pelo DATASUS até o dia 20 de cada mês.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
SECRETÁRIO



COMPETENCIA - FEVEREIRO A DEZEMBRO DE 2007



	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
<p>PROCESSAMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL-SIASUS</p> <p>Data limite para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde transmitirem os arquivos do Banco de Dados do SIA/SUS para o DATASUS-RJ, via transmissor simultâneo.</p>	15/MAR	16/ABR	15/MAI	15/JUN	16/JUL	15/AGO	14/SET	16/OUT	16/NOV	14/DEZ	15/JAN/08
<p>Data limite para que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde enviem a remessa, via Fax e/ou sedex, do Relatório de Valores Exclusivos para empenho, que discrimina a produção de procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação -FAEC, a CGCSS/DRAC/SAS/IMS, datado e assinado pelo Gestor. FAX nº.: (061) 3226-0948</p>	15/MAR	16/ABR	15/MAI	15/JUN	16/JUL	15/AGO	14/SET	16/OUT	16/NOV	14/DEZ	15/JAN/08
<p>Data limite para o DATASUS/RJ enviar a CGCSS / DRAC / SAS, os arquivos com os valores da produção aprovada dos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC e dos Hospitais de Ensino do MEC.</p>	22/MAR	23/ABR	21/MAI	22/JUN	23/JUL	23/AGO	21/SET	22/OUT	22/NOV	20/DEZ	22/JAN/08

COMPETENCIA - FEVEREIRO A DEZEMBRO DE 2007

	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
<p>PROCESSAMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR DESCENTRALIZADO - SIHD/SUS</p> <p>Data limite para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde encaminharem a base SIHD para o DATASUS-RJ, via transmissor simultâneo.</p> <p>Data limite para o DATASUS/RJ enviar a CGCSS/DRAC/SAS, os arquivos com os valores da produção aprovada dos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC dos Hospitais de Ensino do MEC.</p>	19/MAR	19/ABR	18/MAI	19/JUN	19/JUL	20/AGO	18/SET	19/OUT	20/NOV	18/DEZ	18/JAN/08
	23/MAR	23/ABR	23/MAI	22/JUN	23/JUL	23/AGO	18/SET	19/OUT	20/NOV	18/DEZ	18/JAN/08

FLS. 125


COMPETENCIA - FEVEREIRO A DEZEMBRO DE 2007

SCNES	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
*Data limite para as Secretarias Estaduais e Municipais Encaminharem a base do CNES para o DATASUS-RJ	20/MAR	20/ABR	21/MAI	20/JUN	20/JUL	21/AGO	19/SET	19/OUT	20/NOV	18/DEZ	18/JAN/08
Data limite para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde encaminharem a base SIHD para o DATASUS-RJ, via transmissor simultâneo.	23/MAR	24/ABR	24/MAI	25/JUN	25/JUL	24/AGO	24/SET	24/OUT	23/NOV	21/DEZ	24/JAN/08

*O SCNES pode ser atualizado diariamente pelas Secretarias Estaduais/ Municipais, no entanto, para fechamento de competência, mês do banco de dados, será utilizada a última remessa enviada.

ANEXO IV

CMG-ES

COMPETENCIA - FEVEREIRO A DEZEMBRO DE 2007

CIH	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Data limite para as Secretarias Estaduais e Municipais encaminharem o arquivo da CIH ao DATASUS	27/MAR	26/ABR	28/MAI	26/JUN	26/JUL	27/AGO	25/SET	26/OUT	26/NOV	26/DEZ	25/JAN/08
Data limite para o DATASUS disponibilizar os arquivos da CIH.	30/MAR	30/ABR	31/MAI	29/JUN	31/JUL	31/AGO	28/SET	31/OUT	30/NOV	28/DEZ	31/JAN/08

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÇUÍ

PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO

Projeto de Lei n.º 081/2011.

Ao Excelentíssimo Secretário de Finanças;

Trata-se de uma solicitação de emissão de parecer no sentido de se criar o cargo de Superintendente de Auditoria, Avaliação e Controle, dentro da Secretaria de Saúde.

Foi anexado aos autos as atribuições do cargo, carga horária e ainda vencimentos compatíveis.

Salvo para as funções de confiança e os cargos de chefia, direção e assessoramento, a serem previstas a luz dos princípios de eficiência e razoabilidade nos respectivos quadros de pessoal das pessoas jurídicas da Administração Municipal indireta (na Administração direta, autárquica e fundacional as funções de confiança só podem ser exercidas por ocupantes de cargo efetivo – art. 37 da CF), os empregados públicos devem ser admitidos mediante concurso público ou processo seletivo público, de modo a assegurar a todos a possibilidade de participação.

Entretanto, insta salientar que a lei de responsabilidade fiscal em seu artigo 16 menciona que quando a administração aumenta a sua despesa, mister se faz anexar aos autos a estimativa de impacto financeiro.

Assim, Requer a Procuradoria que o Setor de Finanças do Município anexe aos autos o impacto financeiro pertinente nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal. É o parecer com nossas homenagens.

Guaçuí-ES, 06 de dezembro de 2011.

Mateus de Paula Marinho
Procurador Geral do Município

AUTUAÇÃO

Nesta Data Autuo os Documentos Tomando

Este o nº 081/2011

CMG

Sala das Sessões, em 07.12.2011

.....
Secretário(a)

REMESSA

Nesta Data Faço Remessa Destes Autos

Ao Exmo. Sr. Assessor Jurídico da

Sala das Sessões, em 07.12.2011

.....
Presidente da Câmara Municipal de Guaçuí

PROJETO DE LEI Nº 081/2011

cria dentro da Lei nº 3271/2005 a Superintendência de Auditoria de Regulação, Controle, Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde, bem como o cargo Comissionado de Superintendente de Auditoria de Regulação, Controle, Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde.

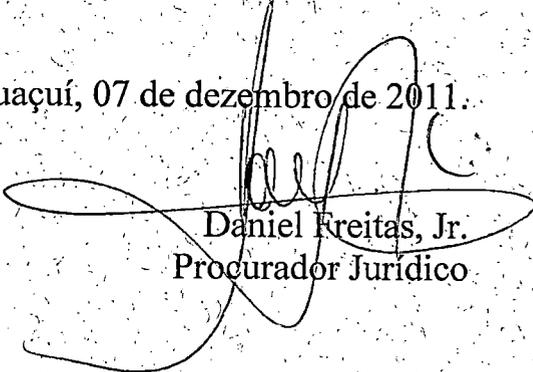
Autoria: Executivo Municipal

Trata-se de um projeto de inteira importância que merece ser analisado e discutido, todavia importante salientar que o mesmo foi objeto de entendimento entre o Secretário Municipal de Saúde com os senhores Vereadores, ocasião em que foi explanado sua importância e a necessidade.

O Procurador Geral do Município faz suas alegações sobre a necessidade do impacto financeiro, todavia, na explanação feita, o Secretário Municipal de Saúde colocou os senhores vereadores ao par de que os valores a serem gastos são captados diretamente da Secretaria Estadual de Saúde, não alterando as despesas já existentes.

Face ao exposto merece a apreciação das Comissões, resguardadas as normas regimentais.

Guaçuí, 07 de dezembro de 2011.


Daniel Freitas, Jr.
Procurador Jurídico

AUTUAÇÃO

Nesta Data Auto os Documentos Tomando

Este o nº 081/2011

CMG

Sala das Sessões, em 07/12/2011

.....
Secretário(a)

REMESSA

Nesta Data Faço Remessa Destes Autos

Ao Exmo. Sr. Assessor Jurídico da

Sala das Sessões, em 07/12/2011

.....
Presidente da Câmara Municipal de Guaçuí

PROJETO DE LEI Nº 081/2011

cria dentro da Lei Nº 3271/2005 a Superintendência de Auditoria de Regulação, Controle, Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde, bem como o cargo comissionado de Superintendente de Auditoria de Regulação, Controle, Avaliação, Monitoramento e Auditoria em Saúde

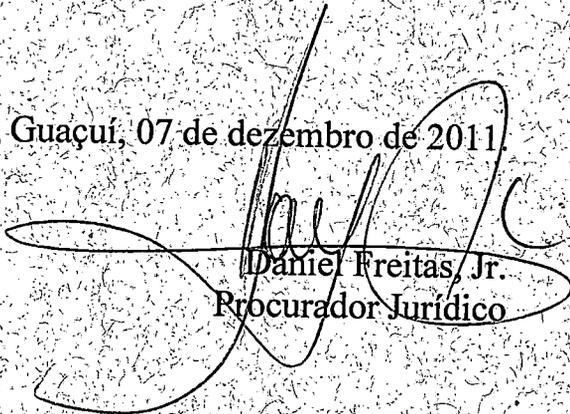
Autoria: Executivo Municipal

Trata-se de um projeto de inteira importância que merece ser analisado e discutido, todavia importante salientar que o mesmo foi objeto de entendimento entre o Secretário Municipal de Saúde com os senhores Vereadores, ocasião em que foi explanado sua importância e a necessidade.

O Procurador Geral do Município faz suas alegações sobre a necessidade do impacto financeiro, todavia, na explanação feita, o Secretário Municipal de Saúde colocou os senhores vereadores ao par de que os valores a serem gastos são captados diretamente da Secretaria Estadual de Saúde, não alterando as despesas já existentes.

Face ao exposto merece a apreciação das Comissões, resguardadas as normas regimentais.

Guaçuí, 07 de dezembro de 2011.


Daniel Freitas, Jr.
Procurador Jurídico