

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

**Coletânea de Normas para o Controle
Social no Sistema Único de Saúde**

2.^a edição

Série E. Legislação de Saúde



Brasília – DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série E. Legislação de Saúde

Tiragem: 2.^a edição – 2006 – 40.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conselho Nacional de Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G

Edifício Anexo, ala B, 1.º andar, sala 103 a 128

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2150/3315-2151

Faxes: (61) 3315-2472/3315-2414

E-mail: cns@saude.gov.br

Home page: <http://conselho.saude.gov.br>

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

ISBN 85-334-1175-8

1. Normas jurídicas. 2. SUS (BR). I. Título. II. Série.

NLM WA 32

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/0565

Títulos para indexação:

Em inglês: Norms Collection for the Social Control in the Unified Health System

Em espanhol: Colección de Normas para el Control Social en el Sistema Único de Salud

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

71200-040 Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe Editorial:

Normalização: Vanessa Kelly

Revisão: Lilian Assunção e Daniele Thiebaut

Capa, projeto gráfico e diagramação: Fabiano Bastos

SUMÁRIO

Apresentação, 5

Constituição Federal de 5/10/1988 (Artigo 6.º e Seção II – da Saúde), 7

Lei n.º 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, 10

Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999.
Acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, 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”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, 27

Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências, 29

Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993.
Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências, 31

Emenda Constitucional n.º 29, de
13 de setembro de 2000.
*Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da
Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato
das Disposições Constitucionais Transitórias, para
assegurar os recursos mínimos para o financiamento
das ações e serviços públicos de saúde,* 36

Lei n.º 9.452, de 20 de março de 1997.
*Determina que as Câmaras Municipais sejam
obrigatoriamente notificadas da liberação
de recursos federais para os respectivos
Municípios e dá outras providências,* 39

Lei n.º 8.429, de 2 de junho de 1992
(Lei de Improbidade Administrativa).
*Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes
públicos nos casos de enriquecimento ilícito no
exercício de mandato, cargo, emprego ou função
na administração pública direta, indireta ou
fundacional e dá outras providências,* 40

Norma Operacional Básica do Sistema
Único de Saúde – SUS/1993, 49

Norma Operacional Básica do Sistema
Único de Saúde – SUS, 68

Noas-SUS 01/2001, 107

Noas-SUS 01/2002, 140

Resolução n.º 322, de 8 de maio de 2003,
do Conselho Nacional de Saúde, 141

Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003,
do Conselho Nacional de Saúde, 148

Diretrizes Operacionais para os Pactos pela
Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, 155

Equipe Técnica, 206

APRESENTAÇÃO

Concebido pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco definitivo na garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro, ao determinar um caráter universal às ações e aos serviços de saúde no País. Nessas quase duas décadas, o processo de consolidação do SUS implicou mudanças na legislação, buscando garantir a implementação do sistema e acompanhar as transformações econômicas e sociais do País.

Diante desse extenso arcabouço legal e normativo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) observou a necessidade de disponibilizar um instrumento que permita aos conselheiros de saúde de todo o País um rápido acesso à legislação federal que regulamenta o setor. Apresentamos, então, a *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*.

A obra apresenta as principais leis federais que regem o sistema, entre elas: a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90); a Lei n.º 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros para a área da Saúde; a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/1993 e 1996); e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/2001 e 2002).

Também estão presentes os dispositivos constitucionais que definem as diretrizes do sistema de saúde brasileiro (Art. 6.º e Art. 196 a Art. 200 da CF), além da Emenda Constitucional 29/2000, que assegura recursos mínimos das três esferas de gestão para o financiamento das ações e dos serviços de saúde.

A coletânea traz ainda as resoluções n.º 322 e n.º 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde que deliberam, respectivamente, sobre diretrizes para aplicação da EC 29/2000 e estruturação dos conselhos de saúde.

Sabemos que a presente publicação não esgota toda a bibliografia normativa da saúde no Brasil. A intenção do CNS é oferecer aos conselheiros de saúde um instrumento de consulta prática que os auxilie no exercício pleno do controle social em prol de uma assistência à saúde digna dos brasileiros.

Desejamos a todos uma boa leitura!

Eliane Cruz
Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde



CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 5/10/1988 (ARTIGO 6.º E SEÇÃO II – DA SAÚDE)

CAPÍTULO II DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6.º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

SEÇÃO II Da Saúde

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

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

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

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1.º O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1.º pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

§ 2.º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3.º; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3.º; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

§ 3.º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

I - os percentuais de que trata o § 2.º; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

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

§ 1.º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2.º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

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

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

Art. 200 Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

LEI N.º 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. 1.º 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. 2.º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

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

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

Art. 3.º 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. 4.º 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).

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

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

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

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

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1.º, do art. 2.º 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. 6.º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de Saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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.

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

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do 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 apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7.º 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 art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8.º 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. 9.º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I, do art.198, da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

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

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

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

Art. 11 (Vetado).

Art. 12 Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, su-

bordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.

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

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

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

Art. 14 Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

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

CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I Das Atribuições Comuns

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

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

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

SEÇÃO II

Da Competência

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

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho.

III - definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária.

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

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

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

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

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

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de Saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento 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. (Obs.: Regulamentado pelo Decreto n.º 1.651, de 28/9/1995)

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 os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

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

XIV - o acompanhamento, a avaliação e a divulgação dos 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, do controle e da 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 os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 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 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.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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 estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1.º 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 de execução dos serviços contratados.

§ 2.º 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.

§ 3.º (Vetado).

§ 4.º 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 da 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.

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

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

Art. 29 (Vetado).

Art. 30 As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo

com o art.12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I DOS RECURSOS

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

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

I - (vetado);

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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.

§ 3.º 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).

§ 4.º (Vetado).

§ 5.º 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 própria das instituições executoras.

§ 6.º (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.

§ 1.º 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.

§ 2.º (Vetado).

§ 3.º (Vetado).

§ 4.º 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, no 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.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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.

§ 3.º (Vetado).

§ 4.º (Vetado).

§ 5.º (Vetado).

§ 6.º 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.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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.

Art. 39 (Vetado).

§ 1.º (Vetado).

§ 2.º (Vetado).

§ 3.º (Vetado).

§ 4.º (Vetado).

§ 5.º 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.

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

§ 7.º (Vetado).

§ 8.º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas 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 (Vetado).

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

§ 1.º 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.

§ 2.º 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 incentivos 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 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, art. 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 n.º 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei número n.º 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

LEI N.º 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 1999

Acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, 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”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. V A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde:

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde (SUS), criado e definido por esta Lei, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à

saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1.º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2.º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3.º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

Art. 2.º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

Art. 3.º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de setembro de 1999; 178.º ano da Independência e 111.º ano da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

LEI N.º 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

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

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

§ 3.º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

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

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

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

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder

Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

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

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

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

§ 2.º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

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

Art. 4.º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3.º desta Lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4.º do art. 33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;

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

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

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

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

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

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

LEI N.º 8.689, DE 27 DE JULHO DE 1993

Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º Fica extinto, por força do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nas Leis n.ºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia federal criada pela Lei n.º 6.439, de 1.º de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis n.ºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 2.º Os bens imóveis e o acervo físico, documental e material integrantes do patrimônio do Inamps serão inventariados e:

I - incorporados ao patrimônio da União, mediante termos lavrados na forma do inciso VI do art. 13 do Decreto-Lei n.º 147, de 3 de fevereiro de 1967, com a redação dada pelo art. 10 da Lei n.º 5.421, de 25 de abril de 1968, ficando o acervo documental sob a guarda e responsabilidade do Ministério da Saúde;

II - doados ou cedidos a municípios, estados e Distrito Federal, quando se tratar de hospitais e postos de assistência à saúde e, na conveniência de ambas as partes, cedidos, quando se tratar de imóveis de uso administrativo, os quais permanecerão como patrimônio do INSS, sendo obrigatória a publicação do ato correspondente que especifique o destinatário e o uso do bem.

§ 1.º Incluem-se no acervo patrimonial de que trata este artigo os bens móveis e imóveis cedidos a estados, municípios e Distrito Federal, e os em uso pelo Inamps ou em processo de transferência para a autarquia.

§ 2.º O inventário de que trata o *caput* será concluído no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da publicação desta Lei e divulgado pelo Diário Oficial da União.

Art. 3.º Fica o Poder Executivo autorizado a transferir as dotações orçamentárias do Inamps para o Fundo Nacional de Saúde, observados os

mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei n.º 8.652, de 29 de abril de 1993.

Parágrafo único. Com o remanejamento das dotações orçamentárias, o Fundo Nacional de Saúde responderá pelas obrigações financeiras do Inamps.

Art. 4.º Os recursos de custeio dos serviços transferidos ao município, estado ou Distrito Federal integrarão o montante dos recursos que o Fundo Nacional de Saúde transfere, regular e automaticamente, ao fundo estadual e municipal de saúde, de acordo com os arts. 35 e 36 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e art. 4.º da Lei n.º 8.142, de 25 de dezembro de 1990.

§ 1.º Com a transferência de serviços e a doação ou a cessão de bens patrimoniais do Inamps, a União, por intermédio do Ministério da Saúde, repassará, regularmente, ao Fundo de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município, responsáveis pela execução dos serviços, os recursos financeiros que a esfera federal vem aplicando na sua manutenção e funcionamento.

§ 2.º Os serviços de assistência à saúde ainda sob responsabilidade do Inamps serão prestados por municípios e estados, conforme a respectiva competência definida na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, podendo ser executados, em caráter supletivo e transitório, pela União em relação às esferas estadual e municipal, e pelo Estado, em relação à esfera municipal.

§ 3.º Não se inclui, no montante dos recursos de custeio dos serviços transferidos, a parcela referente ao pagamento de servidores federais afastados para a direção municipal ou estadual do Sistema Único de Saúde, cuja remuneração continuará a correr por conta da União.

§ 4.º Será publicada trimestralmente no Diário Oficial da União a relação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde à rede assistencial do Sistema Único de Saúde, com a discriminação dos estados, Distrito Federal e municípios beneficiados.

Art. 5.º Os servidores do Inamps, ocupantes de cargos efetivos, passam a integrar o Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Saúde, respeitados os seus direitos, deveres e vantagens, sendo-lhes garantido o direito de opção por redistribuição para o Ministério da Previdência Social ou outro órgão ou entidade federal, observado o interesse geral da Administração Pública e o específico do Sistema Único de Saúde.

§ 1.º Fica mantida a contribuição prevista no inciso II do art. 69 da Lei n.º 3.807, de 26 de agosto de 1960, com a redação dada pela Lei n.º 5.890, de 8 de junho de 1973, e no art. 22 da Lei n.º 6.439, de 1.º de setembro de 1977, para a Assistência Patronal, transformada na Fundação de Seguridade Social (Geap), até que seja regulamentada a assistência à saúde do servidor prevista no art. 184 da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

§ 2.º (Vetado).

§ 3.º Os servidores a que se refere o *caput* deste artigo poderão ser cedidos aos estados, Distrito Federal e municípios, na forma prevista no art. 20 da Lei n.º 8.270, de 17 de dezembro de 1991.

§ 4.º Aos servidores do Inamps que, na data da publicação desta Lei, estejam em exercício nos hospitais universitários das universidades federais, no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e em outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, será assegurado o direito de opção no prazo de cento e oitenta dias, para integrarem o quadro de pessoal dos referidos órgãos e entidades, sem prejuízo dos direitos e vantagens a que fazem jus, de acordo com a legislação pertinente.

§ 5.º Serão computados para fins do art. 2.º da Lei n.º 6.732, de 4 de dezembro de 1979, e do art. 193 da Lei n.º 8.112, de 12 de dezembro de 1990, os períodos de função gratificada ou cargo em comissão exercidos por servidores do Ministério da Saúde ou de entidades vinculadas, nos órgãos e entidades do Sistema Único de Saúde nos estados, no Distrito Federal e nos municípios.

Art. 6.º Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4.º do art. 33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1.º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.

§ 2.º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

§ 3.º Os atuais cargos e funções referentes às ações de auditoria ficam mantidos e serão absorvidos pelo Sistema Nacional de Auditoria, por ocasião da reestruturação do Ministério da Saúde, de que trata o art. 13.

§ 4.º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria.

Art. 7.º As pessoas físicas ou jurídicas que se encontram inadimplentes em relação à prestação de contas ao Inamps, ou sujeitas aos procedimentos de fiscalização previstos na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, continuam obrigadas pelo compromisso assumido até a declaração de extinção da obrigação, mantidos os prazos legais de prescrição.

Art. 8.º Os créditos do Inamps junto aos agentes ou entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, bem como aqueles decorrentes de transações financeiras ou comerciais, já apurados na data de publicação desta Lei ou decorrentes da disposição contida no parágrafo anterior, serão creditados a favor do Fundo Nacional de Saúde e informados ao Tribunal de Contas da União, mediante relatórios mensais.

Art. 9.º A Consultoria Jurídica e a Secretaria de Controle Interno do Ministério da Saúde adotarão medidas para que, no prazo de cento e oitenta dias, contados da publicação desta Lei, sejam concluídos todos os processos referentes a sindicâncias, inquéritos administrativos, tomadas de contas especiais ou auditorias, que estejam em tramitação, com ampla divulgação de seus resultados.

Parágrafo único. As conclusões das auditorias realizadas desde 1.º de janeiro de 1989 serão encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério Público Federal.

Art. 10 Os dados contidos nos sistemas de informação do Datasus e Dataprev, de interesse do Inamps, permanecerão disponíveis e acessíveis a qualquer interessado.

Art. 11 A União sucederá o Inamps nos seus direitos e obrigações, nos termos desta Lei.

Art. 12 O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 13 O Poder Executivo, no prazo máximo de noventa dias, procederá à reestruturação global do Ministério da Saúde e de seus órgãos e entidades, com vistas à adequação de suas atividades ao disposto na Constituição Federal e nas Leis n.ºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, encaminhando ao Congresso Nacional projeto de lei correspondente a eventuais mudanças na sua estrutura básica e propostas de extinção ou criação de órgãos e entidades.

Parágrafo único. A reestruturação a que se refere este artigo contemplará a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria, ora instituído, assim como suas correspondentes projeções nas Unidades da Federação, que funcionará nos termos do inciso XIX do art. 16 e do § 4.º do art. 33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do inciso IV do art. 4.º da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 14 Após a extinção do Inamps, a União, através do Orçamento da Seguridade Social, obriga-se a garantir ao Sistema Único de Saúde, permanentemente e sem prejuízo da participação dos recursos do Orçamento Fiscal, o aporte anual de recursos financeiros equivalentes, no mínimo, à média dos gastos da autarquia nos últimos cinco exercícios fiscais.

Art. 15 O Ministro de Estado da Saúde expedirá todos os atos necessá-

rios à manutenção da continuidade dos serviços assistenciais de que trata esta Lei.

Art. 16 No desempenho de suas atribuições institucionais, o Conselho Nacional de Saúde acompanhará a execução do disposto nesta Lei e opinará sobre a reestruturação prevista no art. 13.

Art. 17 As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta da dotação orçamentária global do Ministério da Saúde.

Art. 18 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 19 Revogam-se as disposições em contrário.

**EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29,
DE 13 DE SETEMBRO DE 2000**

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3.º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1.º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 34 (...)**”

VII – “(…)”

“e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde”. (NR)

Art. 2.º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 35 (...)**”

“III - não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde; (NR)

Art. 3.º O § 1.º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 156 (...)**”

“§ 1.º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:” (NR)

“I – ser progressivo em razão do valor do imóvel; e” (AC)*

“II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel.” (AC)

“.....”

Art. 4.º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 160 (...)**”

“Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:” (NR)

“I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;” (AC)

“II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2.º, incisos II e III.” (AC)

Art. 5.º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 167 (...)**”

“IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2.º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8.º, bem como o disposto no § 4.º deste artigo;” (NR)

“.....”

Art. 6.º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2.º e 3.º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1.º:

“**Art. 198 (...)**”

“§ 1.º (parágrafo único original).....”

“§ 2.º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:” (AC)

“I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3.º;” (AC)

“II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;” (AC)

“III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3.º.” (AC)

“§ 3.º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:” (AC)

“I - os percentuais de que trata o § 2º;” (AC)

“II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;” (AC)

“III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;” (AC)

“IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.” (AC)

Art. 7.º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

“**Art. 77** Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:” (AC)

“I - no caso da União:” (AC)

“*a*) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;” (AC)

“*b*) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;” (AC)

“II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e” (AC)

“III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3.º.” (AC)

“§ 1.º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.” (AC)

“§ 2.º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.” (AC)

“§ 3.º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.” (AC)

“§ 4.º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.” (AC)

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

LEI N.º 9.452, DE 20 DE MARÇO DE 1997

Determina que as Câmaras Municipais sejam obrigatoriamente notificadas da liberação de recursos federais para os respectivos Municípios e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º Os órgãos e entidades da administração federal direta e as autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista federais notificarão as respectivas Câmaras Municipais da liberação de recursos financeiros que tenham efetuado, a qualquer título, para os Municípios, no prazo de dois dias úteis, contado da data da liberação.

Art. 2.º A Prefeitura do Município beneficiário da liberação de recursos, de que trata o art. 1.º desta Lei, notificará os partidos políticos, os sindicatos de trabalhadores e as entidades empresariais, com sede no Município, da respectiva liberação, no prazo de dois dias úteis, contado da data de recebimento dos recursos.

Art. 3.º As Câmaras Municipais representarão ao Tribunal de Contas da União o descumprimento do estabelecido nesta Lei.

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

Art. 5.º Revogam-se as disposições em contrário.

**LEI N.º 8.429, DE 2 DE JUNHO DE 1992
(LEI DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA)**

Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,

faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1.º Os atos de improbidade praticados por qualquer agente público, servidor ou não, contra a administração direta, indireta ou fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, de Território, de empresa incorporada ao patrimônio público ou de entidade para cuja criação ou custeio o erário haja concorrido ou concorra com mais de cinquenta por cento do patrimônio ou da receita anual, serão punidos na forma desta Lei.

Parágrafo único. Estão também sujeitos às penalidades desta Lei os atos de improbidade praticados contra o patrimônio de entidade que receba subvenção, benefício ou incentivo, fiscal ou creditício, de órgão público bem como daquelas para cuja criação ou custeio o erário haja concorrido ou concorra com menos de cinquenta por cento do patrimônio ou da receita anual, limitando-se, nestes casos, a sanção patrimonial à repercussão do ilícito sobre a contribuição dos cofres públicos.

Art. 2.º Reputa-se agente público, para os efeitos desta Lei, todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função nas entidades mencionadas no artigo anterior.

Art. 3.º As disposições desta Lei são aplicáveis, no que couber, àquele que, mesmo não sendo agente público, induza ou concorra para a prática do ato de improbidade ou dele se beneficie sob qualquer forma direta ou indireta.

Art. 4.º Os agentes públicos de qualquer nível ou hierarquia são obrigados a velar pela estrita observância dos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade no trato dos assuntos que lhe são afetos.

Art. 5.º Ocorrendo lesão ao patrimônio público por ação ou omissão, dolosa ou culposa, do agente ou de terceiro, dar-se-á o integral ressarcimento do dano.

Art. 6.º No caso de enriquecimento ilícito, perderá o agente público ou terceiro beneficiário os bens ou valores acrescidos ao seu patrimônio.

Art. 7.º Quando o ato de improbidade causar lesão ao patrimônio público ou ensejar enriquecimento ilícito, caberá a autoridade administrativa responsável pelo inquérito representar ao Ministério Público, para a indisponibilidade dos bens do indiciado.

Parágrafo único. A indisponibilidade a que se refere o *caput* deste artigo recairá sobre bens que assegurem o integral ressarcimento do dano, ou sobre o acréscimo patrimonial resultante do enriquecimento ilícito.

Art. 8.º O sucessor daquele que causar lesão ao patrimônio público ou se enriquecer ilicitamente está sujeito às cominações desta Lei até o limite do valor da herança.

CAPÍTULO II DOS ATOS DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA

SEÇÃO I Dos Atos de Improbidade Administrativa que Importam Enriquecimento Ilícito

Art. 9.º Constitui ato de improbidade administrativa importando enriquecimento ilícito auferir qualquer tipo de vantagem patrimonial indevida em razão do exercício de cargo, mandato, função, emprego ou atividade nas entidades mencionadas no art. 1.º desta Lei, e notadamente:

I - receber, para si ou para outrem, dinheiro, bem móvel ou imóvel, ou qualquer outra vantagem econômica, direta ou indireta, a título de comissão, percentagem, gratificação ou presente de quem tenha interesse, direto ou indireto, que possa ser atingido ou amparado por ação ou omissão decorrente das atribuições do agente público;

II - perceber vantagem econômica, direta ou indireta, para facilitar a aquisição, permuta ou locação de bem móvel ou imóvel, ou a contratação de serviços pelas entidades referidas no art. 1.º por preço superior ao valor de mercado;

III - perceber vantagem econômica, direta ou indireta, para facilitar a alienação, permuta ou locação de bem público ou o fornecimento de serviço por ente estatal por preço inferior ao valor de mercado;

IV - utilizar, em obra ou serviço particular, veículos, máquinas, equipamentos ou material de qualquer natureza, de propriedade ou à disposição de qualquer das entidades mencionadas no art. 1.º desta Lei, bem como o trabalho de servidores públicos, empregados ou terceiros contratados por essas entidades;

V - receber vantagem econômica de qualquer natureza, direta ou indireta, para tolerar a exploração ou a prática de jogos de azar, de lenocínio, de narcotráfico, de contrabando, de usura ou de qualquer outra atividade ilícita, ou aceitar promessa de tal vantagem;

VI - receber vantagem econômica de qualquer natureza, direta ou indireta, para fazer declaração falsa sobre medição ou avaliação em obras públicas ou qualquer outro serviço, ou sobre quantidade, peso, medida, qualidade ou característica de mercadorias ou bens fornecidos a qualquer das entidades mencionadas no art. 1.º desta Lei;

VII - adquirir, para si ou para outrem, no exercício de mandato, cargo, emprego ou função pública, bens de qualquer natureza cujo valor seja desproporcional à evolução do patrimônio ou à renda do agente público;

VIII - aceitar emprego, comissão ou exercer atividade de consultoria ou assessoramento para pessoa física ou jurídica que tenha interesse suscetível de ser atingido ou amparado por ação ou omissão decorrente das atribuições do agente público, durante a atividade;

IX - perceber vantagem econômica para intermediar a liberação ou aplicação de verba pública de qualquer natureza;

X - receber vantagem econômica de qualquer natureza, direta ou indiretamente, para omitir ato de ofício, providência ou declaração a que esteja obrigado;

XI - incorporar, por qualquer forma, ao seu patrimônio bens, rendas, verbas ou valores integrantes do acervo patrimonial das entidades mencionadas no art. 1.º desta Lei;

XII - usar, em proveito próprio, bens, rendas, verbas ou valores integrantes do acervo patrimonial das entidades mencionadas no art. 1.º desta Lei.

SEÇÃO II

Dos Atos de Improbidade Administrativa que Causam Prejuízo ao Erário

Art. 10. Constitui ato de improbidade administrativa que causa lesão ao erário qualquer ação ou omissão, dolosa ou culposa, que enseje perda patri-

monial, desvio, apropriação, malbaratamento ou dilapidação dos bens ou haveres das entidades referidas no art. 1.º desta Lei, e notadamente:

I - facilitar ou concorrer por qualquer forma para a incorporação ao patrimônio particular, de pessoa física ou jurídica, de bens, rendas, verbas ou valores integrantes do acervo patrimonial das entidades mencionadas no art. 1.º desta Lei;

II - permitir ou concorrer para que pessoa física ou jurídica privada utilize bens, rendas, verbas ou valores integrantes do acervo patrimonial das entidades mencionadas no art. 1.º desta Lei, sem a observância das formalidades legais ou regulamentares aplicáveis à espécie;

III - doar à pessoa física ou jurídica bem como ao ente despersonalizado, ainda que de fins educativos ou assistências, bens, rendas, verbas ou valores do patrimônio de qualquer das entidades mencionadas no art. 1.º desta Lei, sem observância das formalidades legais e regulamentares aplicáveis à espécie;

IV - permitir ou facilitar a alienação, permuta ou locação de bem integrante do patrimônio de qualquer das entidades referidas no art. 1.º desta Lei, ou ainda a prestação de serviço por parte delas, por preço inferior ao de mercado;

V - permitir ou facilitar a aquisição, permuta ou locação de bem ou serviço por preço superior ao de mercado;

VI - realizar operação financeira sem observância das normas legais e regulamentares ou aceitar garantia insuficiente ou inidônea;

VII - conceder benefício administrativo ou fiscal sem a observância das formalidades legais ou regulamentares aplicáveis à espécie;

VIII - frustrar a licitude de processo licitatório ou dispensá-lo indevidamente;

IX - ordenar ou permitir a realização de despesas não autorizadas em lei ou regulamento;

X - agir negligentemente na arrecadação de tributo ou renda, bem como no que diz respeito à conservação do patrimônio público;

XI - liberar verba pública sem a estrita observância das normas pertinentes ou influir de qualquer forma para a sua aplicação irregular;

XII - permitir, facilitar ou concorrer para que terceiro se enriqueça ilicitamente;

XIII - permitir que se utilize, em obra ou serviço particular, veículos, máquinas, equipamentos ou material de qualquer natureza, de propriedade ou à disposição de qualquer das entidades mencionadas no art. 1.º desta Lei, bem como o trabalho de servidor público, empregados ou terceiros contratados por essas entidades.

XIV - celebrar contrato ou outro instrumento que tenha por objeto a prestação de serviços públicos por meio da gestão associada sem observar as formalidades previstas na lei; *(Incluído pela Lei n.º 11.107, de 2005)*

XV – celebrar contrato de rateio de consórcio público sem suficiente e prévia dotação orçamentária, ou sem observar as formalidades previstas na lei. *(Incluído pela Lei n.º 11.107, de 2005)*

SEÇÃO III

Dos Atos de Improbidade Administrativa que Atentam Contra os Princípios da Administração Pública

Art. 11. Constitui ato de improbidade administrativa que atenta contra os princípios da administração pública qualquer ação ou omissão que viole os deveres de honestidade, imparcialidade, legalidade, e lealdade às instituições, e notadamente:

I - praticar ato visando fim proibido em lei ou regulamento ou diverso daquele previsto, na regra de competência;

II - retardar ou deixar de praticar, indevidamente, ato de ofício;

III - revelar fato ou circunstância de que tem ciência em razão das atribuições e que deva permanecer em segredo;

IV - negar publicidade aos atos oficiais;

V - frustrar a licitude de concurso público;

VI - deixar de prestar contas quando esteja obrigado a fazê-lo;

VII - revelar ou permitir que chegue ao conhecimento de terceiro, antes da respectiva divulgação oficial, teor de medida política ou econômica capaz de afetar o preço de mercadoria, bem ou serviço.

CAPÍTULO III DAS PENAS

Art. 12 Independentemente das sanções penais, civis e administrativas, previstas na legislação específica, está o responsável pelo ato de improbidade sujeito às seguintes cominações:

I - na hipótese do art. 9.º, perda dos bens ou valores acrescidos ilicitamente ao patrimônio, ressarcimento integral do dano, quando houver, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de oito a dez anos, pagamento de multa civil de até três vezes o valor do acréscimo patrimonial e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de dez anos;

II - na hipótese do art. 10, ressarcimento integral do dano, perda dos bens ou valores acrescidos ilicitamente ao patrimônio, se concorrer esta circunstância, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de

cinco a oito anos, pagamento de multa civil de até duas vezes o valor do dano e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de cinco anos;

III - na hipótese do art. 11, ressarcimento integral do dano, se houver, perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de três a cinco anos, pagamento de multa civil de até cem vezes o valor da remuneração percebida pelo agente e proibição de contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário, pelo prazo de três anos.

Parágrafo único. Na fixação das penas previstas nesta lei o juiz levará em conta a extensão do dano causado, assim como o proveito patrimonial obtido pelo agente.

CAPÍTULO IV DA DECLARAÇÃO DE BENS

Art. 13. A posse e o exercício de agente público ficam condicionados à apresentação de declaração dos bens e valores que compõem o seu patrimônio privado, a fim de ser arquivada no serviço de pessoal competente. *(Regulamento)*

§ 1.º A declaração compreenderá imóveis, móveis, semoventes, dinheiro, títulos, ações, e qualquer outra espécie de bens e valores patrimoniais, localizado no País ou no exterior, e, quando for o caso, abrangerá os bens e valores patrimoniais do cônjuge ou companheiro, dos filhos e de outras pessoas que vivam sob a dependência econômica do declarante, excluídos apenas os objetos e utensílios de uso doméstico.

§ 2.º A declaração de bens será anualmente atualizada e na data em que o agente público deixar o exercício do mandato, cargo, emprego ou função.

§ 3.º Será punido com a pena de demissão, a bem do serviço público, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, o agente público que se recusar a prestar declaração dos bens, dentro do prazo determinado, ou que a prestar falsa.

§ 4.º O declarante, a seu critério, poderá entregar cópia da declaração anual de bens apresentada à Delegacia da Receita Federal na conformidade da legislação do Imposto sobre a Renda e proventos de qualquer natureza, com as necessárias atualizações, para suprir a exigência contida no *caput* e no § 2.º deste artigo.

CAPÍTULO V

DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO E DO PROCESSO JUDICIAL

Art. 14 Qualquer pessoa poderá representar à autoridade administrativa competente para que seja instaurada investigação destinada a apurar a prática de ato de improbidade.

§ 1.º A representação, que será escrita ou reduzida a termo e assinada, conterá a qualificação do representante, as informações sobre o fato e sua autoria e a indicação das provas de que tenha conhecimento.

§ 2.º A autoridade administrativa rejeitará a representação, em despacho fundamentado, se esta não contiver as formalidades estabelecidas no § 1º deste artigo. A rejeição não impede a representação ao Ministério Público, nos termos do art. 22 desta Lei.

§ 3.º Atendidos os requisitos da representação, a autoridade determinará a imediata apuração dos fatos que, em se tratando de servidores federais, será processada na forma prevista nos arts. 148 a 182 da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e, em se tratando de servidor militar, de acordo com os respectivos regulamentos disciplinares.

Art. 15 A comissão processante dará conhecimento ao Ministério Público e ao Tribunal ou Conselho de Contas da existência de procedimento administrativo para apurar a prática de ato de improbidade.

Parágrafo único. O Ministério Público ou Tribunal ou Conselho de Contas poderá, a requerimento, designar representante para acompanhar o procedimento administrativo.

Art. 16 Havendo fundados indícios de responsabilidade, a comissão representará ao Ministério Público ou à procuradoria do órgão para que requeira ao juízo competente a decretação do seqüestro dos bens do agente ou terceiro que tenha enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

§ 1.º O pedido de seqüestro será processado de acordo com o disposto nos arts. 822 e 825 do Código de Processo Civil.

§ 2.º Quando for o caso, o pedido incluirá a investigação, o exame e o bloqueio de bens, contas bancárias e aplicações financeiras mantidas pelo indiciado no exterior, nos termos da lei e dos tratados internacionais.

Art. 17. A ação principal, que terá o rito ordinário, será proposta pelo Ministério Público ou pela pessoa jurídica interessada, dentro de trinta dias da efetivação da medida cautelar.

§ 1.º É vedada a transação, acordo ou conciliação nas ações de que trata o *caput*.

§ 2.º A Fazenda Pública, quando for o caso, promoverá as ações necessárias à complementação do ressarcimento do patrimônio público.

§ 3.º No caso de a ação principal ter sido proposta pelo Ministério Público, aplica-se, no que couber, o disposto no § 3.º do art. 6.º da Lei n.º 4.717, de 29 de junho de 1965. (Redação dada pela Lei n.º 9.366, de 1996)

§ 4.º O Ministério Público, se não intervir no processo como parte, atuará obrigatoriamente, como fiscal da lei, sob pena de nulidade.

§ 5.º (*Vide Medida Provisória n.º 2.180-34, de 2001*)

§ 6.º (*Vide Medida Provisória n.º 2.225-45, de 2001*)

§ 7.º (*Vide Medida Provisória n.º 2.225-45, de 2001*)

§ 8.º (*Vide Medida Provisória n.º 2.225-45, de 2001*)

§ 9.º (*Vide Medida Provisória n.º 2.225-45, de 2001*)

§ 10.º (*Vide Medida Provisória n.º 2.225-45, de 2001*)

§ 11.º (*Vide Medida Provisória n.º 2.225-45, de 2001*)

§ 12.º (*Vide Medida Provisória n.º 2.225-45, de 2001*)

Art. 18 A sentença que julgar procedente ação civil de reparação de dano ou decretar a perda dos bens havidos ilicitamente determinará o pagamento ou a reversão dos bens, conforme o caso, em favor da pessoa jurídica prejudicada pelo ilícito.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES PENAIS

Art. 19 Constitui crime a representação por ato de improbidade contra agente público ou terceiro beneficiário, quando o autor da denúncia o sabe inocente.

Pena: detenção de seis a dez meses e multa.

Parágrafo único. Além da sanção penal, o denunciante está sujeito a indenizar o denunciado pelos danos materiais, morais ou à imagem que houver provocado.

Art. 20. A perda da função pública e a suspensão dos direitos políticos só se efetivam com o trânsito em julgado da sentença condenatória.

Parágrafo único. A autoridade judicial ou administrativa competente poderá determinar o afastamento do agente público do exercício do cargo, emprego ou função, sem prejuízo da remuneração, quando a medida se fizer necessária à instrução processual.

Art. 21. A aplicação das sanções previstas nesta lei independe:

I - da efetiva ocorrência de dano ao patrimônio público;

II - da aprovação ou rejeição das contas pelo órgão de controle interno ou pelo Tribunal ou Conselho de Contas.

Art. 22 Para apurar qualquer ilícito previsto nesta lei, o Ministério Público, de ofício, a requerimento de autoridade administrativa ou mediante

representação formulada de acordo com o disposto no art. 14, poderá requisitar a instauração de inquérito policial ou procedimento administrativo.

CAPÍTULO VII DA PRESCRIÇÃO

Art. 23 As ações destinadas a levar a efeitos as sanções previstas nesta Lei podem ser propostas:

I - até cinco anos após o término do exercício de mandato, de cargo em comissão ou de função de confiança;

II - dentro do prazo prescricional previsto em lei específica para faltas disciplinares puníveis com demissão a bem do serviço público, nos casos de exercício de cargo efetivo ou emprego.

CAPÍTULO VIII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24 Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25 Ficam revogadas as Leis n.ºs 3.164, de 1.º de junho de 1957, e 3.502, de 21 de dezembro de 1958 e demais disposições em contrário.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/1993

1. INTRODUÇÃO

A Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

Fundamenta-se, para tanto, no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS – a Lei n.º 8.080 de 19/9/93 e a Lei n.º 8.142 de 28/12/90 – e no documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir a Lei*, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

A construção do SUS é um processo no qual a diretriz de descentralização das ações e dos serviços vem assumindo dimensões bastante complexas. Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos:

- a. A descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social.
- b. A descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões.
- c. O estabelecimento desta nova prática requer a existência e o funcionamento regular dos conselhos de saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social.
- d. A responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos fundos de saúde.
- e. A transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais, antes que se instaurem novas impondo, por isso, um período de transição na qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios, em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população.
- f. O objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar

individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema.

- g. A regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.

Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos estados e municípios, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo, descritas e disciplinadas nos itens desta norma e outros instrumentos complementares que se fizerem necessários.

2. DO GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os conselhos de saúde respectivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

2.1. No âmbito nacional:

2.1.1. Comissão Intergestores Tripartite – integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos secretários nacionais de saúde/Conass e do conjunto dos secretários estaduais e municipais de saúde/Conasems. Tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.2. Conselho Nacional de Saúde – constituído em conformidade com o Decreto n.º 99.438, de 7/8/90, atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde.

2.2. No âmbito estadual:

2.2.1. Comissão Intergestores Bipartite – integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos secretários municipais de saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do secretário estadual de saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

2.2.1.1. O secretário de saúde do município da capital será considerado membro nato desta Comissão.

2.2.1.2. Cada estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo conselho estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

2.2.2. Conselho Estadual de Saúde – instância permanente e deliberativa que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na Lei n.º 8.142, de 1990.

2.3. No âmbito municipal:

2.3.1. Conselho Municipal de Saúde – instância permanente e deliberativa que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal, observado o disposto na Lei n.º 8.142, de 1990.

2.4. Fluxo decisório

Além do papel de cada um destes foros em seu âmbito próprio, a dinâmica do gerenciamento do processo de descentralização requer uma articulação entre eles como segue:

2.4.1. Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso alguma das partes considere-se lesada pela decisão, quer da Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá ser levada ao Conselho Nacional de Saúde para sua resolução.

2.5. O Conselho Nacional de Saúde poderá ser tomado como instância de recurso em qualquer tempo, ficando a seu critério consultar ou delegar à Comissão Tripartite a resolução do problema.

2.6. Os acordos firmados pela Comissão Bipartite e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde prevalecerão sobre as disposições desta norma, desde que não contrariem os dispositivos legais e considerem as diretrizes contidas no documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer a Lei*.

3. DO FINANCIAMENTO COM RECURSOS ARRECADADOS PELA UNIÃO

3.1. O financiamento das atividades ambulatoriais dar-se-á da seguinte forma:

3.1.1. As ações e os serviços ambulatoriais, públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados por meio do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo (APA), a ser definido em Ordem de Serviço específica e sua emissão autorizada exclusivamente por médico (não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gestor para este fim.

3.1.2. A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a definir os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios, é fixada por meio de resolução da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos estados, com base nas características da população, na capacidade instalada, na complexidade da rede, no desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior, ouvida a Comissão Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

3.1.2.1. O valor nominal da UCA será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde, como estabelecido pelo Decreto n.º 806, de 24/4/93.

3.1.2.2. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração dentro do necessário para suprir a diferença constatada.

3.1.3. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial (RCA), destinados anualmente aos estados e ao Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, serão obtidos por meio da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação.

3.1.3.1. O valor anual calculado será dividido em duodécimos, constituindo-se no RCA/mês.

3.1.4. O Fator de Apoio ao Estado (FAE) caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão parcial

e semiplena, para utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão e próteses ambulatoriais, em programação aprovada pela Comissão Bipartite.

3.1.4.1. O FAE será calculado da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo número de habitantes do estado;
- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

3.1.5. A base de cálculo para o estabelecimento de teto financeiro mensal para os municípios será a média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992), corrigido pela sua capacidade potencial de produção (equipamento *versus* recursos humanos), população adscrita e complexidade de rede. Os municípios que dispuserem de rede ambulatorial, mas sem registro anterior de produção, serão avaliados segundo a sua capacidade potencial de produção, população adscrita e complexidade da rede para definição dos seus tetos.

3.1.5.1. Tal ajuste implica em redistribuição do volume de recursos já previsto no cálculo do RCA, não correspondendo, portanto, a um acréscimo no quantitativo financeiro devido ao estado.

3.1.5.2. Os valores destes tetos serão reajustados nos mesmos percentuais que os valores da UCA do estado a que pertence o município.

3.1.6. Para os estados, o teto financeiro será calculado deduzindo-se de seu RCA/mês os tetos fixados para os municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena (item 4.1. – Da Operacionalização).

3.1.7. Os conselhos de saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos dos serviços, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.1.8. A programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos municípios e do estado na Comissão Intergestores Bipartite, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos conselhos municipais de saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, quotas, referência e contra-referência devem ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada hierarquizada de serviços.

3.2. O Fator de Apoio ao Município (FAM) caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena.

3.2.1. O valor do FAM será obtido da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo n.º de habitantes do município;
- o valor mensal a ser transferido correspondente a um duodécimo do montante encontrado.

3.3. O financiamento das atividades hospitalares dar-se-á da seguinte forma:

3.3.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde serão custeadas por meio do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.3.2. O teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo às secretarias de saúde e aos conselhos de saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores, segundo as necessidades da população, observando:

3.3.2.1. Para os municípios, o teto quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para os estados será de um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos devidos aos seus municípios que não estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena.

3.3.2.2. Tais percentuais poderão ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde, observado o limite de 10% que cabe ao estado.

3.3.2.3. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para estados será calculado pela multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.2.4. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para municípios será calculado pela multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH o município (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.3. Os conselhos de saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos de AIH, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.3.4. A Comissão Bipartite, em cada estado, definirá os quantitativos de AIH e o funcionamento de uma Câmara de Compensação que viabilize a necessária circulação de AIH entre os municípios, mantida sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

3.3.5. Os municípios poderão pleitear AIH adicionais à Câmara de Compensação da Secretaria Estadual de Saúde ou a municípios vizinhos para unidades que atuem como referência.

3.4. Os recursos de investimento terão sua aplicação prevista no Plano Nacional de Prioridades de Investimento, após a avaliação, negociação e compatibilização de planos municipais e estaduais, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde.

3.4.1. Os estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semiple-na receberão prioritariamente em relação aos demais os recursos de investimento a serem por eles gerenciados em consonância com a política nacional de investimento em saúde e obedecendo ao plano estadual de prioridades em investimento.

3.5. O financiamento de ações de vigilância em saúde, e outras ações, será definido no prazo de 90 dias, por normas complementares.

4. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO

O processo de descentralização, objeto desta Norma, dar-se-á por meio de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera federal e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições da gestão do SUS nos estados e municípios.

4.1. Sistemáticas de relacionamento para municípios

4.1.1. Condições de gestão incipiente

a) responsabilidades e prerrogativas – a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições téc-

nico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartites em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços de ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) requisitos – para o cadastramento e permanência nesta situação são indispensáveis os itens b1, b2 e b3 a seguir e, no que for pertinente às responsabilidades e prerrogativas por ele assumidas, o município deve:

- b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;
- b2) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;
- b3) dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários;
- b4) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município, para assumir o gerenciamento;
- b5) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema, nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;
- b6) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;
- b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

c) operacionalização:

- c1) as unidades hospitalares serão cadastradas pela Ficha Cadastral de Hospital (FCH), assinada pelo gestor municipal do SUS;
- c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas pela Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA), assinada pelo gestor municipal do SUS;

- c3) a programação de cotas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) será feita pela Secretaria Municipal de Saúde, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;
- c4) a emissão da AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.1. - b6;
- c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO) será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização de montante orçado por unidade, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde;
- c6) as unidades ambulatoriais encaminharão, mensalmente, às secretarias municipais de saúde o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento (BDP) serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;
- c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com uma cópia à Secretaria Estadual de Saúde.

4.1.2. Condição de gestão parcial

a) responsabilidades e prerrogativas – a Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a prorrogação e autoriza a utilização dos quantitativos da AIH e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambiente e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

b) requisitos – para o enquadramento e permanência nesta situação, o município deve:

- b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;
- b2) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação

- das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não concedidas ao município;
- b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;
 - b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;
 - b5) dispor de condições técnicas e materiais para prorrogar, acompanhar e controlar a prestação e serviços;
 - b6) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;
 - b7) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;
 - b8) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;
 - b9) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde;
 - b10) apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado;
 - b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.
- c) operacionalização:**
- c1) as unidades hospitalares serão cadastradas pela Ficha Cadastral de Hospital (FCH), assinada pelo gestor municipal do SUS;
 - c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas pela Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA), assinada pelo gestor municipal do SUS;
 - c3) a programação da cota de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) será feita pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;
 - c4) a emissão da AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.2. - b6;
 - c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO) será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do mon-

- tante orçado por unidade, aí incluídas as federais ou estaduais remanescente, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;
- c6) as unidades ambulatoriais privadas ou públicas, incluindo as unidades federais ou estaduais remanescente em seu território, apresentarão mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento – BDP serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;
 - c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas na Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com cópia à Secretaria Estadual de Saúde;
 - c8) o repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatoriais e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas serão feitos conforme legislação vigente.

4.1.3. Condição de gestão semiplena

a) responsabilidades e prerrogativas – a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatoriais e hospitalares estabelecidos.

b) requisitos – para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

- b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;
- b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;
- b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;
- b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;
- b5) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;
- b6) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

- b7) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde;
 - b8) apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado;
 - b9) apresentar à Comissão Bipartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. O descumprimento por dois anos sucessivos, atestado pela Comissão Bipartite, determina a perda da condição;
 - b10) os processos de habilitação de municípios à condição semiplena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comissão Tripartite a qual caberá a seleção final, respeitadas as restrições financeiras;
 - b11) manter o registro e a remessa mensal de dados paramanutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.
 - b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS);
- c) operacionalização:**
- c1) nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluindo o processamento de dados pertinente, serão definidos e executados pelos municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados estaduais e federais.
 - c2) o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação em vigor.

4.1.4. Os municípios que, por avaliação de Comissão Bipartite, não tenham condições técnicas e materiais para enquadramento em nenhuma das condições descritas serão alvo de um programa de capacitação sob responsabilidade do estado, para que possam assumir gradativamente as responsabilidades e prerrogativas que caracterizam a condição de gestão incipiente, até que venham a cumprir os requisitos para sua inclusão nesta sistemática.

4.1.5. Estas condições aplicam-se tão somente aos municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem à ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde.

4.2. Sistemáticas de relacionamento para os estados

4.2.1. Condição de gestão parcial

a) **Responsabilidades e prerrogativas** – a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade pelo programa integral com seus municípios, abrangendo manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimento próprios e os transferidos pela esfera federal; respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusive nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, a Secretaria Estadual de Saúde assume cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentados do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena.

b) **Requisitos** – para o enquadramento e permanência nesta situação, o estado deve:

- b1) manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;
- b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;
- b3) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;
- b4) dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;
- b5) dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas de reuniões;
- b6) apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde atualizado;

- b7) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;
 - b8) comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde;
 - b9) apresentar à Comissão Tripartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o estado, ou o plano já elaborado;
 - b10) apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação Integrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde.
 - b11) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS);
 - b12) manter o registro e a remessa mensal de dados para a manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.
- c) operacionalização** – respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena:
- c1) as unidades hospitalares serão cadastradas pela Ficha Cadastral de Hospital (FCH) assinada pelo gestor estadual do SUS;
 - c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas pela Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA), assinada pelo gestor estadual;
 - c3) a distribuição da cota de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), definida na programação integrada será feita pela Secretaria Estadual de Saúde;
 - c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado, encarregado pelo gestor estadual para este fim;
 - c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentário (FPO) será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, na forma prevista na programação integrada;
 - c6) o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e o Boletim de Diferença de Pagamento (BDP) serão assinados pelo gestor estadual que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;
 - c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Estadual de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento;

- c8) o repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas serão feitos conforme legislação vigente.

4.2.2. Condição de gestão simplena

a) **responsabilidades e prerrogativas** – respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos Municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e simplena, a Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

b) **Requisitos** – para o enquadramento e permanência nesta situação, o município deve:

- b1) manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;
- b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;
- b3) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;
- b4) dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;
- b5) dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas das reuniões;
- b6) apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde atualizado;
- b7) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;
- b8) comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde;
- b9) apresentar à Comissão Tripartite o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o estado, ou o plano já elaborado;
- b10) apresentar anualmente à comissão Tripartite a Programação In-

- tegrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde;
- b11) apresentar à Comissão Tripartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à mesma os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. Dois descumprimentos sucessivos determinam a perda da condição;
 - b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS);
 - b13) manter registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.
- c) **operacionalização:**
- c1) respeitado os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios incluídos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais serão definidos pelos estados, observando a necessidade de manutenção dos bancos federais;
 - c2) o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas serão feitos conforme legislação vigente.

4.3.3. Os estados que, por avaliação da Comissão Tripartite, não tenham possibilidades técnicas e materiais para o enquadramento em nenhuma das condições descritas permanecerão na condição de gestão incipiente, como segue:

a) **Responsabilidades e prerrogativas** – respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios incluídos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; coordena e executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) obrigações:

- b1) dispor de Conselho de Saúde em funcionamento;
- b2) dispor de Fundo Estadual de Saúde;
- b3) dispor de Comissão Bipartite em atividade;
- b4) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;
- b5) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;
- b6) manter o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS);
- b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) operacionalização – respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semiplena:

- c1) as unidades hospitalares serão cadastradas pela Ficha Cadastral de Hospital (FCH), assinada pelo gestor estadual do SUS;
- c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas pela Ficha Cadastral de Hospital (FCH), assinada pelo gestor estadual do SUS;
- c3) a distribuição de cotas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), negociada na Comissão Bipartite, será feita pela Secretaria Estadual de Saúde e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;
- c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado pelo gestor estadual, respeitadas as restrições do item 4.3.3. - b4;
- c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico-Orçamentário (FPO) será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, e a totalização do montante orçado por município aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;
- c6) o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e o Boletim de Diferença de Pagamento (BDP) serão assinados pelo gestor estadual do SUS que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;
- c7) os hospitais deverão apresentar as AIH utilizadas na Secretaria Estadual de Saúde, que encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento.

5. DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1. Até que sejam editados novos instrumentos jurídicos que regulamentem as transferências de recursos financeiros, materiais e humanos no Sistema Único de Saúde deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

5.1.1. Os bens móveis e imóveis bem como os recursos humanos serão transferidos da esfera federal aos estados e municípios, mediante termos de cessão específicos.

5.2. O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar para estados e municípios em condição de gestão semiplena, bem como dos saldos relativos a estes tetos para os inclusos na situação parcial, será feito mensalmente, obedecido a um cronograma a ser estabelecido pelas partes.

5.3. No prazo de 60 dias, a partir de publicação desta norma, o Ministério da Saúde reverá os termos de cessão de bens e de pessoal ora em vigor, bem como o convênio que lhes dá suporte, alterando-os no que for pertinente segundo o disposto nesta norma.

5.4. Até que seja elaborado o Plano Nacional de Prioridades em Investimento, com base nos Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberados mediante a apresentação de parecer dos respectivos conselhos de saúde.

5.5. Os recursos provenientes de serviços prestados pelas unidades assistenciais deverão ser identificados nos Fundos de Saúde Estaduais e Municipais como receita operacional proveniente da esfera federal, e utilizados na execução de ações de saúde previstas nos respectivos Planos de Saúde.

5.6. Até que sejam definidos critérios e mecanismos de correção da série histórica pela Comissão Tripartite, o teto financeiro ambulatorial mensal para os municípios será fixado com base na média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992).

5.7. A Guia de Autorização de Pagamento (GAP) não será aceita para pagamento de serviços ambulatoriais, após a expiração do prazo dos convênios celebrados entre Inamps e estados para implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

5.8. O teto financeiro hospitalar para municípios e estados só será estabelecido de imediato para os inclusos nas condições de gestão parcial e semiplena.

5.8.1. Para os demais municípios, a série histórica, corresponde ao gasto realizado entre a data de publicação desta norma e o dia 31 de dezembro de 1993, será utilizada para a fixação de tetos.

5.9. Com a publicação desta norma, deixam de existir o Fator de Estí-

mulo à Municipalização (FEM) e o fator de Estímulo à Gestão Estadual (FEGE) previstos na Portaria n.º 234/92 (NOB-SUS/1992).

5.10. Em cada esfera de governo, os recursos provenientes de taxas e multas aplicadas pela vigilância sanitária deverão ser alocados no respectivo Fundo de Saúde.

5.11. Os estados terão o prazo de 30 dias, a partir da data de publicação desta norma, para constituir a Comissão Bipartite, findo o qual a Comissão Tripartite incumbir-se-á de avaliar o processo de enquadramento dos municípios na nova sistemática até que os estados se habilitem a fazê-lo.

5.12. A partir da data de sua constituição, a Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias para submeter ao Conselho Estadual de Saúde a proposta de critérios que orientarão o processo de descentralização no estado.

5.13. A Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias, a partir da data de entrega da solicitação de enquadramento em qualquer das condições de gestão pelo município, para análise, manifestação e encaminhamento ao Ministério da Saúde.

5.14. No caso do estado que, permanecendo na condição de gestão incipiente, não cumpra as obrigações previstas, no prazo de 60 dias a partir da data de publicação desta norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

5.15. Os municípios que cumpriram o estabelecido na Portaria n.º 234/92 (NOB/SUS/1992), os “municipalizados”, serão automaticamente incluídos na condição de gestão parcial, desde que manifestem seu interesse por escrito ao Ministério da Saúde. No prazo de 120 dias, a partir da data de publicação desta norma, o município comprovará à Comissão Bipartite o cumprimento de todos os requisitos pertinentes. A não comprovação implica em perda temporária da condição, cabendo à Comissão Bipartite reavaliar o caso.

5.16. Os casos omissos deverão ser dirimidos nas Comissões Bipartites, no Conselho Estadual de Saúde ou na Comissão Tripartite, conforme fluxo estabelecido nas Disposições Preliminares desta norma.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

Com a Lei n.º 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

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

2. FINALIDADE

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (artigo 30, incisos V e VII, e artigo 32, parágrafo 1.º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos

estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

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

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

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

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

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

3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

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

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

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

4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo sub-

sistemas, um para cada município. O SUS-Municipal é voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

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

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema.

Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os secretários municipais e estaduais de saúde e o ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos federal, municipais, estaduais.

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

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

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, uma vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando-se em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capa-

cidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

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

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

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

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

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

A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos conselhos de saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a consequente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida equidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do

papel redistributivo), competem, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as unidades da federação.

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

5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

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

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

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

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

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

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município

incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo conselho de saúde.

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

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

6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

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

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

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

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

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

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

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

- a. Informação informatizada.
- b. Financiamento.
- c. Programação, acompanhamento, controle e avaliação.
- d. Apropriação de custos e avaliação econômica.

- e. Desenvolvimento de recursos humanos.
- f. Desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologia.
- g. Comunicação social e educação em saúde.

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

- a. Plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo da integração das programações dos sistemas municipais.
- b. Estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria.
- c. Estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos.
- d. Estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional.
- e. Estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia.
- f. Elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial.
- g. Elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública.
- h. Estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica.
- i. Responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais.
- j. Definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados.
- k. Manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual.
- l. Implementação de mecanismos visando à integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

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

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

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam:

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

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

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

- a. A elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor Saúde.
- b. A viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades.

- c. O aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas.
- d. A definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora.
- e. A criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema.
- f. A transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais.
- g. O desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos.
- h. A adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais.
- i. O incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria.
- j. O desenvolvimento de atividades de educação e comunicação social.
- k. O incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais.
- l. A reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à

- saúde do trabalhador e àquelas de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras.
- m. A reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem como de produção de serviços e de insumos críticos.
 - n. A reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.
 - o. A reorientação e a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
 - p. O apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional.
 - q. A promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial.
 - r. A elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal.
 - s. A identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde.
 - t. A estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico na área da Saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial.
 - u. A participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do Poder Executivo e pelo respectivo conselho de saúde, nos termos das Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/1990.

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

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass)

e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

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

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

9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

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

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

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-

Municipal, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional.

Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

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

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

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

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

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

Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, tendo em vista que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralida-

de das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação do modelo epidemiológico ao modelo clínico dominante (centrado na doença), o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

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

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

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

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

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

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

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

10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1. Responsabilidades

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

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

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

10.2. Fontes

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

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 – Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS).

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

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS – a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras – está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de

uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

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

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

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

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

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

10.4. Tetos financeiros dos Recursos Federais

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

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

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo CES. O valor final do teto e suas re-

visões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT – observadas as reais disponibilidades financeiras do MS – e formalizado em ato do Ministério.

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

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

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

11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

11.1. Programação Pactuada e Integrada (PPI)

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

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

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

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

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

11.1.6 A elaboração da programação observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.

11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

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

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

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações,

propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando ao pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

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

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

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

12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

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

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

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

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

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

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

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

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

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

a) Programa Saúde da Família (PSF):

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

- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município;
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

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

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

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

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

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

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

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

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

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

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

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

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

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

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

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

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

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

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

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados, contratados e conveniados contra apresentação de faturas referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

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

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

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

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

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade

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

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

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

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

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

13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou ins-

trumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

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

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor *per capita* nacional único – base de cálculo deste Piso –, são definidos em negociação na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

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

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

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

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

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, e obser-

vadas as condições estabelecidas nesta NOB, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

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

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

Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

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

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

Esse comitê – vinculado ao secretário estadual de saúde, articulando os órgãos de epidemiologia da SES, do MS no estado e em outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e do controle de doenças –, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

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

14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independentemente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB e na PPI, aprovada na CIT e no CNS.

14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

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

14.3. Transferência por Convênio

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

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

15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

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

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

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

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

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

15.1. Gestão Plena da Atenção Básica

15.1.1. Responsabilidades

- a. Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambula-

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

15.1.2. Requisitos

- a. Comprovar o funcionamento do CMS.
- b. Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c. Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação.
- d. Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quan-

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

15.1.3. Prerrogativas

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

15.2. Gestão Plena do Sistema Municipal

15.2.1. Responsabilidades

- a. Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b. Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c. Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

- d. Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- e. Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f. Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.
- g. Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares cobertos pelo TFGM.
- h. Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
- i. Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- j. Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- k. Avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.
- l. Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.
- m. Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

15.2.2. Requisitos

- a. Comprovar o funcionamento do CMS.
- b. Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c. Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação.
- d. Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do sistema sobre a saúde dos seus municípios.
- e. Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

- f. Formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g. Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável por autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h. Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante os quais será efetuado o acompanhamento.
- i. Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- j. Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
- k. Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.
- l. Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica.
- m. Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
- n. Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

- a. Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).
- b. Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.
- c. Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).
- d. Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.

- e. Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.
- f. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e ao controle de doenças, conforme definição da CIT.

16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

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

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

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

- a. **GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL;**
- b. **GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.**

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

16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

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

- f. Formulação e execução da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, em articulação com o MS.
- g. Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e do controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- h. Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- i. Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.
- j. Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
- k. Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei n.º 8.080/90.
- l. Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- m. Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei n.º 8.080/90.
- n. Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
- o. Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.
- p. Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.
- q. Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

- a. Comprovar o funcionamento do CES.
- b. Comprovar o funcionamento da CIB.
- c. Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.
- d. Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:

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

16.3. Gestão Avançada do Sistema Estadual

16.3.1. Responsabilidades específicas

- a. Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE.

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

16.3.2. Requisitos Específicos

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

16.3.3. Prerrogativas

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

16.4. Gestão Plena do Sistema Estadual

16.4.1. Responsabilidades específicas

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

16.4.2. Requisitos específicos

- a. Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.

- b. Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.
- c. Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.
- d. Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

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

17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

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

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

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

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

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

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17.2.2.3. a estruturação do componente municipal do SNA;

17.2.2.4. a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A respec-

tiva SES deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a quaisquer condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

17.4. A habilitação de estados a quaisquer condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.

17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no Anexo I.

17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS n.º 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS n.º 01/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS n.º 01/93.

17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

17.10. De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.

17.11. O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não disponha de serviços suficientes para garantir à sua população a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB pode

negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.

17.12. Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos *per capita* em ações de atenção básica superiores ao valor *per capita* nacional único (base de cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada município é formalizado em ato próprio da SES.

17.13. O valor *per capita* nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado a todos os municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos municípios não-habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor *per capita* nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.

17.14. Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS).

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

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

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

SIGLAS UTILIZADAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Cofins – Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
FAE – Fração Assistencial Especializada
Fideps – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa
FNS – Fundação Nacional de Saúde
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IVH-E – Índice de Valorização Hospitalar de Emergência
IVISA – Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
IVR – Índice de Valorização de Resultados
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAB – Piso Assistencial Básico
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDAVS – Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF – Programa Saúde da Família
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária
TFA – Teto Financeiro da Assistência
TFAE – Teto Financeiro da Assistência do Estado
TFAM – Teto Financeiro da Assistência do Município
TFECD – Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
TFG – Teto Financeiro Global
TFGE – Teto Financeiro Global do Estado
TFGM – Teto Financeiro Global do Município
TFVS – Teto Financeiro da Vigilância Sanitária

NOAS-SUS 01/2001

GABINETE DO MINISTRO PORTARIA N.º 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica – SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996;

Considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema; e

Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, e Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 15 de dezembro de 2000, resolve:

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

Art. 2.º Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB, bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica.

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

JOSÉ SERRA

ANEXO DA PORTARIA GM/MS N.º 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

A experiência acumulada, à medida que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente no processo de discussão da NOB 96, entre dezembro de 1995 e novembro de 1996, mas situavam-se em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o Ministério da Saúde – MS, o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo.

Agregava-se a este cenário a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que

os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde.

Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa.

Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES.

Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estaduais no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

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

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

CAPÍTULO I – REGIONALIZAÇÃO

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

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

I. 1 – Da Elaboração do Plano Diretor de Regionalização

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

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

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

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

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;

- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

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

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

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

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

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

C - Município-sede do módulo assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 – Capítulo I, correspondente ao primeiro

nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1. Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação

na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no Anexo 1 desta Norma.

6.2. As ações de que trata o Anexo 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998.

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

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

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

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

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

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

7. Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garanti-

do a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

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

8. O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o Item 7 – Capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica:

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

8.2. o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Teto Financeiro da Assistência (TFA) de cada unidade da federação.

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

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

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

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

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

9.3. O processo de qualificação das microrregiões na assistência à saúde será detalhado em regulamentação complementar da Secretaria de Assis-

tência à Saúde, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma.

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

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

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

C - habilitação do(s) município(s)-sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

D - comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, com separação das parcelas financeiras corresponsáveis à própria população e à população referenciada;

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

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

11.1. Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do

módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

I. 4 – Da Organização dos Serviços de Média Complexidade

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

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

13.1. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

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

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

14.1. A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros

definidos pelas secretarias estaduais de saúde para os diferentes grupos de ações assistenciais – respeitados os limites financeiros estaduais – e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

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

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

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

15. Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 – Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

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

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

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

16. A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no con-

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

16.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal.

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

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

B - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

C - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

D - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

E - a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;

F - a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;

G - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

H - a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;

I - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;

J - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

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

A - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;

B - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

C - condução do processo de contratação;

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

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

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

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

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

20. O financiamento de alta complexidade se dará de duas formas:

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

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

21. O Ministério da Saúde (MS) definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes,

de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcelados recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

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

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

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

CAPÍTULO II – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

II. 1 – Do Processo de Programação da Assistência

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

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

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

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

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

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

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

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

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

26. A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

26.1. Define-se limite financeiro da assistência por município como o limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

26.2. Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

26.3. Os municípios habilitados ou que vierem se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu

Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada, conforme detalhado no Item 30 – Capítulo II e no Anexo 4 desta Norma.

26.4. Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos à reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas nos Itens 31 e 32 – Capítulo II e no Anexo 4 desta Norma.

27. A SES deverá obrigatoriamente encaminhar ao Ministério da Saúde, em prazo a ser estabelecido pela SAS/MS, os seguintes produtos do processo de programação da assistência:

A - publicação no Diário Oficial do Estado do limite financeiro global da assistência por municípios do estado, independente de sua condição de gestão, composto por uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município e uma parcela correspondente às referências intermunicipais;

B - definição de periodicidade e métodos de revisão dos limites financeiros municipais aprovados, que pode se dar em função de: incorporação de novos recursos ao limite financeiro estadual, mudanças na capacidade instalada de municípios, remanejamento de referências entre municípios; imposição pelo município-pólo de barreiras ao acesso da população encaminhada por outros municípios, que colidam com as referências intermunicipais negociadas, entre outros motivos.

II. 2 – Das Responsabilidades de Cada Nível de Governo na Garantia de Acesso da População Referenciada

28. O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as secretarias de saúde e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

29. A garantia de acesso da população aos serviços não-disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando

mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

30. Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, cuja forma é apresentada no Anexo 4 desta Norma.

30.1. O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

30.2. A padronização dos instrumentos que correspondem aos anexos integrantes do Termo de Compromisso de Garantia de Acesso será disponibilizadas aos gestores pela SAS/SAS, no prazo de 30 (trinta) dias, após a publicação desta Norma.

31. A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

A - periodicamente (período não superior a 12 meses), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

B - trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;

C - pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no Anexo 4 desta Norma), a ser informada à CIB em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município-pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

32. Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES a SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

33. Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá participar do processo de programação e assumir, quando necessário, o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 – Do Processo de Controle, Avaliação e Regulação da Assistência

34. As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

35. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente, nas seguintes dimensões:

- A - avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
- B - relação com os prestadores de serviços;
- C - qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- D - resultados e impacto sobre a saúde da população.

36. Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão;

37. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

37.1. O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

37.2. O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve

seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

37.3. Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

37.4. Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

37.5. Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados, e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

38. A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolutividade e qualidade dos serviços prestados.

39. A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

40. Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades identificadas.

40.1. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

41. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A - a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação que considere os aspectos epidemio-

lógicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência;

B - a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C - a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

D - a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II . 4 – Dos Hospitais Públicos sob Gestão de Outro Nível de Governo

42. Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

43. Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

44. Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do teto financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

CAPÍTULO III – CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

III . 1 – Condições de Habilitação de Municípios e Estados

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB-SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

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

III.1.1 – Do Processo de Habilitação dos Municípios

46. A partir da publicação desta Norma, e considerando o prazo previsto no seu Item 59 – Capítulo IV, os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

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

46.1. Todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as normas do Item 48 – Capítulo II desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

46.2. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não-habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

47. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

• Responsabilidades

- a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União.
- d) Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, caso haja neste nível de atenção.
- e) Cumprimento das responsabilidades definidas no Subitem 6.1 – Item 6 – Capítulo I desta Norma.
- f) Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no subitem 6.3 – Item 6 – Capítulo I desta Norma.
- g) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- h) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou

externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela SES.

- i) Realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PABA, localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- j) Operação do SIA/SUS e o Siab, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.
- k) Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- l) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- m) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica.
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- o) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;
- p) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).

• **Requisitos**

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde do período em curso, aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município.
- d) Comprovar a disponibilidade de serviços, com qualidade e quantidade suficientes, em seu território, para executar todo o elenco de procedimentos constantes subitem 6.3 – item 6 – Capítulo I desta Norma.
- e) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, à avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

- f) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.
- g) Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumiressas responsabilidades.
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da Anvisa.
- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.
- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.
- k) Submeter-se à avaliação pela SES em relação à capacidade de oferecer todo o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado (EPBA) e ao estabelecimento do Pacto de AB para o ano 2001 e subsequentes.
- l) Formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

• **Prerrogativas**

- a) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (Paba), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária.
- b) Gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas), localizadas no território municipal.
- c) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

48. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

• **Responsabilidades**

- a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo

detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares.
- c) Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União.
- d) Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto no item 50 – Capítulo III desta Norma.
- e) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- f) Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.
- g) Integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares.
- h) Cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS.
- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.
- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB.
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB.

• **Requisitos**

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.
- d) Demonstrar desempenho satisfatório nos indicadores constantes do Pacto da Atenção Básica, de acordo com normatização da SPS.
- e) Demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica, conforme avaliação descrita no subitem 6.5 – Item 6 – Capítulo I desta Norma.
- f) Comprovar a oferta com qualidade e em quantidade suficiente, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo Paba e daqueles definidos no Anexo 3 desta Norma, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica.
- g) Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria de Estado da Saúde.
- h) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).
- i) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- j) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, avaliação, à auditoria e ao pagamento dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do sistema sobre a saúde dos seus municípios.
- k) Comprovar, por meio da alimentação do Siops, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.
- l) Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor, como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades.
- m) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância

sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

- n) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.
- o) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.
- p) Comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e de mecanismos de controle e avaliação.
- q) Comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.
- r) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

• **Prerrogativas**

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor *per capita* definido para o financiamento dos procedimentos constantes do Anexo 3 desta Norma, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos.
- b) Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, de acordo com o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado.
- c) Gestão do conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 – Do Processo de Habilitação dos Estados

49. A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

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

50. São atributos comuns as duas condições de gestão estadual:

• **Responsabilidades**

- a) Elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização conforme previsto no item 2 – Capítulo I desta Norma.

- b) Coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma.
- c) Gestão e gerência de unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica.
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional;
- e) Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade, viabilizando com os municípios-pólo os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso.
- f) Gestão dos sistemas municipais nos municípios não-habilitados.
- g) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional.
- h) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- i) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores.
- j) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.
- k) Estruturação e operação do Componente Estadual do SNA.
- l) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.
- m) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.
- n) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- o) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a Anvisa;

- p) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, referentes aos municípios não-habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma.
- q) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal.
- r) Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

• **Requisitos**

- a) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:
 - o Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Compromissos, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;
 - programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
 - estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
 - estratégias de reorganização do modelo de atenção;
 - Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos núcleos dos módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais; proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios.
- b) Apresentar a Programação Pactuação Integrada, baseada no Plano de Regionalização, conforme definido no item 5 – Capítulo I e Seção II.1 – Capítulo II desta Norma;
- c) Alimentar com os dados financeiros do Estado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).
- d) Comprovar o funcionamento da CIB.
- e) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.
- f) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

- g) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.
- h) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.
- i) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população do estado.
- j) Comprovar, por meio de alimentação do Siops, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional n.º 29, de 14 de setembro de 2000.
- k) Comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.
- l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- m) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

51. Além dos atributos comuns às duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Avançada do Sistema Estadual:

• **Responsabilidades**

- a) Contratação, controle, avaliação, auditoria e ordenação do pagamento do conjunto dos serviços sob gestão estadual.
- b) Contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não-habilitados;
- c) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

• **Requisitos**

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

metido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

• **Prerrogativas**

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não-habilitados.
- b) Transferência de recursos referentes às ações de vigilância sanitária;
- c) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

52. Além dos atributos comuns às duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

• **Responsabilidades**

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

• **Requisitos**

- a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
- b) Comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação dos serviços ambulatoriais e hospitalares.
- c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.
- d) Dispor de 50% do valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA) do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.
- e) Comprovar disponibilidade orçamentária e mecanismos de pagamento aos prestadores públicos e privados, bem como de repasse aos fundos municipais de saúde.
- f) Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

• **Prerrogativas**

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.
- b) Transferência regular e automática referente às ações realizadas no âmbito da vigilância sanitária.

- c) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
- d) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua gestão, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.
- e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

III . 2 – Da Desabilitação

III.2.1 – Da Desabilitação dos Municípios

53. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 – Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

54. Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada serão desabilitados quando:

A - descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;

B - apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais por mais de 4 (quatro) meses consecutivos;

C - a cobertura vacinal for menor do que 70% do preconizado pelo PNI para as vacinas: BCG, contra a poliomielite, contra o sarampo e DPT;

D - apresentarem produção de serviços insuficiente, segundo parâmetros definidos pelo MS e aprovados pela CIT, de alguns procedimentos básicos estratégicos;

E - não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;

F - apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

55. São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

A - não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;

B - falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;

C - indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.1.2 – Da Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

56. Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal serão desabilitados quando:

A - não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal; ou

B - se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no item 54 – Capítulo III desta Norma; ou

C - não cumprirem Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

56.1. São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

- a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, em período até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- b) falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;
- c) Indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.2 – Da Desabilitação dos Estados

57. Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados serão desabilitados pela CIT.

57.1. São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os estados:

- a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacional do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

CAPÍTULO IV – DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

58. Os municípios habilitados, segundo a NOB-SUS 01/96 na Gestão Plena da Atenção Básica, após avaliação conforme o descrito no subitem 6.5 – item 6 – Capítulo I desta Norma, estarão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

59. Os municípios terão os seguintes prazos, a partir da publicação desta Norma, para se habilitarem de acordo com o estabelecido pela NOB-SUS 01/96:

- trinta dias após a publicação desta Norma para dar entrada no processo de habilitação junto à Comissão Intergestores Bipartite;
- sessenta dias para homologação da habilitação pela Comissão Intergestores Tripartite.

60. Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena Atenção Básica e os que se habilitarem conforme previsto no item 59, deste Capítulo, deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

61. Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e os que se habilitarem conforme previsto no item 59, deste Capítulo, deverão se adequar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal definidas nesta Norma, sob pena de desabilitação na modalidade.

61.1. Estes municípios poderão se manter habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica ou Atenção Básica Ampliada, de acordo com a avaliação descrita nos subitens 6.5 e 6.6 – item 6, Capítulo I desta Norma.

62. Os estados, cujos processos de habilitação já se encontram tramitando no Ministério da Saúde, terão 60 (sessenta) dias a partir da data de publicação desta Norma, para resolver as pendências, de forma a poder se habilitar de acordo com as regras da NOB-SUS 01/96.

63. As responsabilidades, fluxos e prazos para melhor operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação serão definidas em portaria da SAS/MS, dentro de 30 (trinta) dias, a partir da data de publicação desta Norma.

64. Os estados deverão elaborar, 120 (cento e vinte) dias após a publicação da regulamentação dos planos de regionalização e da PPI prevista nesta Norma, os respectivos planos diretores de regionalização e PPI.

64.1. Os municípios localizados em estados que não cumprirem o prazo de que trata este item poderão, enquanto persistir esta situação, habilitar-se de acordo com as regras de habilitação previstas na NOB-SUS 01/96.

65. No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta Noas-SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996, no que couber.

NOAS-SUS 01/2002

GABINETE DO MINISTRO PORTARIA N.º 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade de do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica-SUS 01/96, de 5 de novembro de 1996;

Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT e Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 07 de dezembro de 2001;

Considerando o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1.º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, cessando os efeitos da Portaria GM/MS n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial n.º 20-E, de 29 de janeiro de 2001, Seção 1.

BARJAS NEGRI

Diário Oficial – n.º 40 – Seção 1, quinta-feira, 28 de fevereiro de 2002.

RESOLUÇÃO N.º 322, DE 8 DE MAIO DE 2003, DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de maio de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e conforme estabelecido no artigo 77, § 3.º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), Considerando:

- que o mesmo referendou a aprovação da Resolução n.º 316, aprovada pelo Plenário do CNS em sua 118ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de abril de 2002, passando a mesma constituir-se na Resolução n.º 322, de 8 de maio de 2003;
- a promulgação da Emenda Constitucional n.º 29, em 13 de setembro de 2000, vinculando os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde;
- serem os dispositivos da Emenda Constitucional n.º 29 auto-aplicáveis;
- a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o § 3.º do artigo 198 da Constituição Federal;
- a necessidade de haver ampla discussão pública para a elaboração da Lei Complementar prevista no § 3.º do artigo 198 da Constituição Federal, de forma a disciplinar os dispositivos da Emenda Constitucional n.º 29;
- os esforços envidados pelos gestores do SUS, com a realização de amplas discussões e debates sobre a implementação da Emenda Constitucional n.º 29, com o intuito de promover a aplicação uniforme e harmônica dos ditames constitucionais;
- as discussões realizadas pelo grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON, resultando na elaboração do documento *“Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29”*; e

- os subsídios colhidos nos seminários sobre a “Operacionalização da Emenda Constitucional 29”, realizados em setembro e dezembro de 2001, com a participação de representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

RESOLVE:

I - Aprovar as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000:

- **Da base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde.**

Primeira Diretriz: a apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2.º da Constituição Federal e o Art. 77 do ADCT, dar-se-á a partir das seguintes bases de cálculo:

I - Para a União, até o ano de 2004, o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.

II - Para os Estados:

- **Total das receitas de impostos de natureza estadual:**

ICMS, IPVA, ITCMD

- **(+) Receitas de transferências da União:**

Quota-Parte do FPE

Cota-Parte do IPI – Exportação

Transferências da Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir)

- **(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF**

- **(+) Outras receitas correntes:**

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

- **(-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios:**

ICMS (25%),

IPVA (50%),

IPI – Exportação (25%),

(=) Base de Cálculo Estadual

III – Para os Municípios:

- **Total das receitas de impostos municipais:**

ISS, IPTU, ITBI

- **(+) Receitas de transferências da União:**

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da Lei Complementar n º 87/96 (Lei Kandir)

• (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

• (+) Receitas de transferências do Estado:

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI – Exportação

• (+) Outras Receitas Correntes:

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) Base de Cálculo Municipal

IV – Para o Distrito Federal:

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI – exportação (75%)	Quota-parte IPI – exportação (25%)
Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

• Dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde

Segunda Diretriz: para a União, a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, b, do ADCT, deverá ser observado o seguinte:

I - a expressão “o valor apurado no ano anterior”, previsto no art. 77, II, b, do ADCT, é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional, para o ano anterior;

II - em cada ano, até 2004, o valor apurado deverá ser corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se ela-

bora a proposta orçamentária (a ser identificada no ano em que se executa o orçamento).

Terceira Diretriz: para os estados e os municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação, prevista no art. 77, do ADCT.

§ 1.º Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido não superior a sete por cento deverão aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subseqüentes, conforme o quadro abaixo.

Percentuais Mínimos de Vinculação		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

§ 2.º Os entes federados que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderão reduzi-lo, retornando aos sete por cento. A diferença entre o efetivamente aplicado e o percentual final estipulado no texto constitucional deverá ser abatida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 deverá ser, no mínimo, o previsto no art. 77 do ADCT.

Quarta Diretriz: o montante mínimo de recursos a serem aplicados em saúde pelo Distrito Federal deverá ser definido pelo somatório (i) do percentual de vinculação correspondente aos estados aplicado sobre a base estadual definida na primeira diretriz com (ii) o percentual de vinculação correspondente aos municípios aplicado sobre a base municipal definida na primeira diretriz, seguindo a regra de progressão prevista no artigo 77 da ADCT, conforme abaixo demonstrado:

Ano	Montante Mínimo de Vinculação
2000	$0,07 \times \text{Base Estadual} + 0,070 \times \text{Base Municipal}$
2001	$0,08 \times \text{Base Estadual} + 0,086 \times \text{Base Municipal}$
2002	$0,09 \times \text{Base Estadual} + 0,102 \times \text{Base Municipal}$
2003	$0,10 \times \text{Base Estadual} + 0,118 \times \text{Base Municipal}$
2004	$0,12 \times \text{Base Estadual} + 0,150 \times \text{Base Municipal}$

Parágrafo Único. Aplica-se ao Distrito Federal o disposto no § 2.º da Terceira Diretriz.

• Das ações e serviços públicos de saúde

Quinta Diretriz: para efeito da aplicação da Emenda Constitucional n.º

29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2.º, da Constituição Federal e na Lei n.º 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I - sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III - sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Parágrafo Único. Além de atender aos critérios estabelecidos no *caput*, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3.º do ADCT.

Sexta Diretriz: atendido ao disposto na Lei n.º 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II - vigilância sanitária;

III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV - educação para a saúde;

V - saúde do trabalhador;

VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII - assistência farmacêutica;

VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;

IX - capacitação de recursos humanos do SUS;

X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Co-
operação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela
prestação dos referidos serviços;

XIV - atenção especial aos portadores de deficiência;

XV - ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do
SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

§ 1.º **No caso da União, excepcionalmente**, as despesas com ações e
serviços públicos de saúde da União financiadas com receitas oriundas de
operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o
montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucional-
mente exigido, no exercício em que ocorrerem.

§ 2.º **No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios**, os pagamen-
tos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas
a partir de 1.º/1/2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, ex-
cepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo
do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

Sétima Diretriz: em conformidade com o disposto na Lei n.º 8.080/90,
com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC n.º 29,
não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde
as relativas a:

I - pagamento de aposentadorias e pensões;

II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade
(clientela fechada);

III - merenda escolar;

IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz,
realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Com-
bate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo
Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de
meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;

VII - ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução
das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos ór-
gãos de Saúde do SUS;

VIII - ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não
os especificados na base de cálculo definida na Primeira Diretriz.

§ 1.º **No caso da União**, os pagamentos de juros e amortizações decor-
rentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços
públicos de saúde, não integrarão o montante considerado para o cálculo do
percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 2.º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

• **Dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle**

Oitava diretriz: os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde – SIOPS serão utilizados como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo Único. Os Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, poderão, a qualquer tempo, solicitar, aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema, retificações nos dados registrados pelo SIOPS.

Nona Diretriz: o Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, criado pela Portaria Interministerial n.º 1.163, de outubro de 2000, do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, divulgará as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29 aos demais órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

Décima Diretriz: na hipótese de descumprimento da EC n.º 29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da EC n.º 29 no exercício anterior. Além disso, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada, sem prejuízo das sanções previstas na Constituição e na legislação.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS n.º 322, de 8 de maio de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

RESOLUÇÃO N.º 333, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2003, DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

- a) os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas 9.^a, 10.^a e 11.^a Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;
- b) a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5.º inciso II artigo 1.º da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- c) a ampla discussão da Resolução do CNS n.º 33/92 realizadas nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;
- d) o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde;
- e) que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

RESOLVE:

Aprovar as seguintes DIRETRIZES PARA CRIAÇÃO, REFORMULAÇÃO, ESTRUTURAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE:

• **Da definição de Conselho de Saúde**

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei n.º 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo Único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros.

• **Da criação e reformulação dos Conselhos de Saúde**

Segunda Diretriz: a criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei n.º 8.142/90.

Parágrafo Único. Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher às demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

• **Da organização dos Conselhos de Saúde**

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A Legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução n.º 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10.^a e 11.^a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;

- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- h) de entidades de defesa do consumidor;
- i) de organizações de moradores.
- j) de entidades ambientalistas;
- k) de organizações religiosas;
- l) de trabalhadores da área de Saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
- m) da comunidade científica;
- n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- o) entidades patronais;
- p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
- q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.

VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1.^a Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do conselho municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde – SUS.

X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

• **Da estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde**

Quarta Diretriz: os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei n.º 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões inter-

setoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante *quorum* mínimo da metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

• **Da competência dos Conselhos de Saúde**

Quinta Diretriz: aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde.

IV - Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

XII - Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, § 2.º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei n.º 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da saúde.

XX - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de Saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de n.º 33/1992 e a de n.º 319/2002.

HUMBERTO COSTA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS n.º 333, de 4 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde

DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA OS PACTOS PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO¹

1 INTRODUÇÃO

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e dos serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do País e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde mediante a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frente a esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – (Conasems), pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O documento a seguir contempla o pacto firmado entre os três gestores do SUS à partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implementação desse Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

¹ Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, do dia 26 de janeiro de 2006, e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde, do dia 09 de fevereiro de 2006.

2 PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados, regiões, municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

- A) Saúde do idoso.
- B) Controle do câncer de colo de útero e de mama.
- C) Redução da mortalidade infantil e materna.
- D) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase para dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *influenza*.
- E) Promoção da saúde.
- F) Fortalecimento da atenção básica.

A) Saúde do idoso

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

• **O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:**

- a. Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
- b. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
- c. Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
- d. Implantação de serviços de atenção domiciliar.
- e. Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco.
- f. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
- g. Fortalecimento da participação social.
- h. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da Saúde da pessoa idosa.
- i. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.
- j. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
- k. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

• **Ações estratégicas:**

- a. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.
- b. Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa: para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- c. Programa de Educação Permanente à Distância: implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e da saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.
- d. Acolhimento: reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.
- e. Assistência Farmacêutica: desenvolver ações que visem qualificar a dispensação de medicamentos e o acesso da população idosa.
- f. Atenção Diferenciada na Internação: instituir avaliação geriátrica global, realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.
- g. Atenção Domiciliar: instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e para o sistema de saúde.

B) Controle do câncer de colo de útero e de mama

• **Objetivos e metas para o controle do câncer de colo de útero:**

- a. Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.
- b. Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza instrumental especial para a retirada de lesões ou partes comprometidas do colo uterino (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

• **Metas para o controle do câncer de mama:**

- a. Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.
- b. Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

C) Redução da mortalidade materna e infantil

- **Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil:**

- Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.
- Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.
- Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.
- Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80 mil habitantes, em 2006.

- **Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna:**

- Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.
- Garantir insumos e medicamentos para o tratamento das síndromes hipertensivas no parto.
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.

D) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase para dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza

- **Objetivos e metas para o controle da dengue:**

- Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006.
- Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006.

- **Meta para a eliminação da hanseníase:**

- Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10 mil habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

- **Metas para o controle da tuberculose:**

- Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.

- **Meta para o controle da malária:**

- Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006.

- **Objetivo para o controle da influenza:**

- Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação – SIVEP-GRIPE –, em 2006.

E) Promoção da saúde

• Objetivos:

- a. Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores.
- b. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo.
- c. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.
- d. Promover medidas concretas para o hábito da alimentação saudável.
- e. Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006.

F) Fortalecimento da atenção básica

• Objetivos:

- a. Assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.
- b. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- c. Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios.
- d. Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos.
- e. Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das unidades básicas de saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.
- f. Garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- g. Aprimorar a inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.
- h. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Bá-

sica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

- i. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da atenção básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

3 PACTO EM DEFESA DO SUS

A) Diretrizes

• O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

- a. Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.
- b. Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

• O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar mediante iniciativas que busquem:

- a. A repolitização da Saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS.
- b. A Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito.
- c. A garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

• Ações do Pacto em Defesa do SUS:

As ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar:

- a. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
- b. Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.
- c. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.
- d. Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.
- e. Regulamentação da E.C. n.º 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do P.L. n.º 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados.

- f. Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal.

4 PACTO DE GESTÃO

Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação em saúde.

A) Diretrizes para a gestão do sus

• Premissas da descentralização

Buscando aprofundar o processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, são fixadas as seguintes premissas, que devem orientar este processo:

- a. Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos.
- b. Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as comissões Intergestores Bipartite.
- c. As comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intra-estaduais e para a definição de modelos organizacionais, à partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.
- d. As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso;
- e. A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão processo de qualificação permanente para as comissões Intergestores Bipartite.
- f. O detalhamento deste processo, no que se refere à descentralização de ações realizadas hoje pelo Ministério da Saúde, será objeto de portaria específica.

• Regionalização

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento

(PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), detalhados no corpo deste documento.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. O referido plano deve contemplar também as necessidades da área da Vigilância em Saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

a. Objetivos da regionalização:

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.
- Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no País.
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região.
- Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

b. Regiões de saúde

- As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e

estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.

- A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado.
- A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.
- Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessária a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares.
- O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por município.
- As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade do acesso.
- Os estados e a União devem apoiar os municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades.
- O corte em nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.
- Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário.
- O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.
- Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião.
- O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, à partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.
- As regiões podem ter os seguintes formatos:
 - regiões intra-estaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

- regiões intra-municipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
 - regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;
 - regiões fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.
- Nos casos de regiões fronteiriças, o Ministério da Saúde deve evitar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas regiões e participando do colegiado de gestão regional.

c. Mecanismos de gestão regional

- Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa por meio de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB.
- O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive.
- O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.
- Nos casos onde as CIBs regionais estão constituídas por representação e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados regionais.
- O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a Programação Pactuada Integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.
- O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população

do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado.

- Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados por câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes.

d. Etapas do processo de construção da regionalização

- Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR:
 - Contigüidade entre os municípios.
 - Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural.
 - Existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios.
 - Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde.
 - Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:
 - todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;
 - o desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade;
 - a suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.
 - o desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;
 - o desenho garante a integralidade da atenção e para isso as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta-complexidades na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.
- Constituição, organização e funcionamento do Colegiado de Gestão Regional
 - A constituição do Colegiado de Gestão Regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da representação estadual.
 - Nas CIBs regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde

- de dos municípios da Região, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais.
- Constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, por meio de câmara técnica e, eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do estado.
 - Estabelecer uma agenda regular de reuniões.
 - O funcionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:
 - instituir um processo dinâmico de planejamento regional;
 - atualizar e acompanhar a Programação Pactuada Integrada de atenção à saúde;
 - desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos;
 - priorizar linhas de investimento;
 - estimular estratégias de qualificação do controle social;
 - apoiar o processo de planejamento local;
 - constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional.
- Reconhecimento das regiões
- As regiões intra-municipais deverão ser reconhecidas como tais, não precisando ser homologadas pelas comissões Intergestores.
 - As regiões intra-estaduais deverão ser reconhecidas nas comissões Intergestores Bipartite, e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do Ministério da Saúde.
 - As regiões inter-estaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas comissões Intergestores Bipartite, e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.
 - As regiões fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas comissões Intergestores Bipartite, e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.
 - O desenho das regiões intra e inter-estaduais deve ser submetida a aprovação pelos respectivos conselhos estaduais de saúde.
- **Financiamento do Sistema Único de Saúde**
- a. **São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:**
- Responsabilidade das três esferas de gestão – União, estados e municípios – pelo financiamento do Sistema Único de Saúde.
 - Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a

ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social.

- Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores.
- Financiamento de custeio com recursos federais constituídos, organizados e transferidos em blocos de recursos.
- O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica.
- As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os estados, municípios e Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

b. Os blocos de financiamento para o custeio são:

- Atenção Básica.
- Atenção de Média e Alta complexidades.
- Vigilância em Saúde.
- Assistência Farmacêutica.
- Gestão do SUS.
- Bloco de financiamento para a Atenção Básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável, e seus valores serão estabelecidos em portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

O Piso de Atenção Básica (PAB) consiste em um montante de recursos financeiros que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde.

Os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos municípios e do Distrito Federal.

O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias:

- Saúde da Família;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Saúde Bucal;
- Compensação de Especificidades Regionais;
- Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário.

Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destina, e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde.

O PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passam a compor os seus blocos de financiamento respectivos.

Compensação de Especificidades Regionais é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

- Bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidades

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidades em saúde compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos estados e dos municípios.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) serão incorporados ao Limite Financeiro de cada estado, município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) se destina, assim, ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

- procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC);
- transplantes;
- ações estratégicas emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;
- novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

- Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde compõem o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária.

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o componente da Vigilância Sanitária em Saúde.

O financiamento para as ações de vigilância sanitária deve consolidar a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades.

O Limite Financeiro de Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos estados, municípios e do Distrito Federal, bem como o Limite Financeiro respectivo será estabelecido em portaria específica e detalhará os diferentes componentes que o formam, com memórias de cálculo anexas.

Comporá ainda, o bloco do financiamento da Vigilância em Saúde – Sub-bloco Vigilância Epidemiológica –, os recursos que se destinam às seguintes finalidades, com repasses específicos:

- fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde em estados e municípios (Vigisus II);
- campanhas de vacinação;
- incentivo do Programa DST/AIDS.

Os recursos alocados tratados pela Portaria MS/GM n.º 1.349/2002, deverão ser incorporados ao Limite Financeiro de Vigilância em Saúde do município quando o mesmo comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo.

No componente da Vigilância Sanitária, os recursos do Termo de Ajuste e Metas (TAM), destinados e não transferidos aos estados e municípios, nos casos de existência de saldo superior a 40% dos recursos repassados no período de um semestre, constituem um Fundo de Compensação em VISA, administrado pela Anvisa e destinado ao financiamento de gestão e descentralização da Vigilância Sanitária.

Em estados onde o valor per capita que compõe o TAM não atinge o teto orçamentário mínimo daquele estado, a União assegurará recurso financeiro para compor o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (Pevisa).

- Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde

e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo:

- Parte Fixa: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica para a atenção básica, transferido para municípios, Distrito Federal e estados, conforme pactuação nas CIBs e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios.
- Parte Variável: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica dos programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

A parte variável do Componente Básico será transferida ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos programas específicos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos.

O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne:

- controle de Endemias: tuberculose, hanseníase, malária e leishmaniose, chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- programa DST/AIDS (anti-retrovirais);
- programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;
- imunobiológicos;
- insulina.

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste em financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS.

A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos estados, conforme pactuação e dispensação, responsabilidade do estado.

O Ministério da Saúde repassará aos estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos estados, com base na emissão das Autorizações para Pagamento de Alto Custo (Apac).

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado mediante a pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

As diretrizes a serem pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições:

- definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas;
- definição de percentual para o co-financiamento entre gestor federal e gestor estadual;
- revisão periódica de valores da tabela;
- forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

- Bloco de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos:

- regulação, controle, avaliação e auditoria;
- planejamento e orçamento;
- programação;
- regionalização;
- participação e controle social;
- gestão do trabalho;
- educação em saúde;
- incentivo à implementação de políticas específicas.

Os recursos referentes a este bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por portaria específica.

c. Financiamento para investimentos

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física da Saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos conselhos de saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

- Estímulo à regionalização: deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDIs (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com equidade no acesso.
- Investimentos para a Atenção Básica: recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

• **Planejamento no SUS**

a. O trabalho com o planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

- a) O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.
- b) Este Sistema de Planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde loco-regionais.
- c) Comoparte integrante do ciclo de gestão, o Sistema de Planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.
- d) No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento levar-se-á em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

b. Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

- Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão.

- Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa.
- Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS.
- Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores.
- Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências.
- Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS.
- Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento.
- Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS.
- Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos.
- Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento.
- Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

c. Pontos de pactuação priorizados para o planejamento:

Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o Sistema de Planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:

- Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS.
- Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo.
- Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS.

- Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes.
- Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

• **Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI**

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

a. As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

- A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão.
- Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.
- A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade.
- A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas.
- A programação da assistência deverá buscar a integração com a programação da Vigilância em Saúde.
- Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.
- O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência.
- A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.
- A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.
- A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

• **Regulação da atenção à saúde e regulação assistencial**

a. Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

- Regulação da atenção à saúde: tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.
- Por contratação compreende-se o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.
- Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial: conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.
- Complexos reguladores: uma das estratégias de regulação assistencial, consistindo na articulação e integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.
- Auditoria assistencial ou clínica: processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não-conformidades.

b. Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

- Cada prestador responde apenas a um gestor.
- A regulação dos prestadores de serviços deve ser, preferencialmente, do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto, e os seguintes princípios:
 - da descentralização, municipalização e comando único;
 - da busca da escala adequada e da qualidade;
 - considerar a complexidade da rede de serviços locais;

- considerar a efetiva capacidade de regulação;
- considerar o desenho da rede estadual da assistência;
- a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.
- A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador;
 - pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual;
 - pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;
- Modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

c. São metas para este Pacto, no prazo de um ano:

- Contratualização de todos os prestadores de serviço.
- Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação.
- Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

• Participação e controle social

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurada na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), e é parte fundamental deste pacto.

a. As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste pacto são:

- Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da Saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis.
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros.
- Estimular a participação e avaliação pelos cidadãos dos serviços de saúde.
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.

- Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.
- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do Pacto.

• **Gestão do trabalho**

a. As diretrizes para a gestão do trabalho no SUS são as seguintes:

- A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações no trabalho.
- Estados, municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde.
- O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.
- Desenvolver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada.
- As diretrizes para planos de cargos e carreira do SUS devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema.
- Promover relações de trabalho que obedeçam às exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho.
- Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos municípios, pelos estados e União, conforme legislação vigente.
- Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação dos SUS atuarão solidariamente na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento.
- Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores mediante a instalação de mesas de negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS.
- As secretarias estaduais e municipais de saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento da estrutura de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação em saúde.

b. Serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da gestão do trabalho no SUS:

- Estruturação da gestão do trabalho no SUS: esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional; e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este componente, estados, capitais, Distrito Federal e municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde.
- Capacitação de recursos humanos para a gestão do trabalho no SUS: esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas formadoras existentes.
- Sistema Gerencial de Informações: esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

• Educação em Saúde

a. As diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde são:

- Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades.
- Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas.
- Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente.
- Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo.

- Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS.
- Centrar, o planejamento, a programação e o acompanhamento das atividades educativas e conseqüentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde.
- Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e o controle social, e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

B) Responsabilidade sanitária

Este capítulo define as responsabilidades sanitárias e atribuições do município, do Distrito Federal, do estado e da União. A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo mediante compromissos assumidos nas comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

Algumas responsabilidades atribuídas aos municípios devem ser assumidas por todos os municípios. As outras responsabilidades serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

No que se refere às responsabilidades atribuídas aos estados, devem ser assumidas por todos eles.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

• Responsabilidades gerais da gestão do SUS

a. Municípios

- Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união.

Todo município deve:

- Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo

- no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências.
- Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.
 - Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
 - Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território.
 - Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela União.
 - Com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos.
 - Desenvolver, à partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.
 - Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação.
 - Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e da equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização no atendimento.
 - Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
 - Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
 - Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal.

- Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes.
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

b. Estados

- Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população.
- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação.
- Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso.
- Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípes.
- Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos.
- Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios.
- Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.
- Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região.
- Organizar e pactuar com os municípios o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidades a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.

- Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual.
- Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica.
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Coordenar e executar as ações de Vigilância em Saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidades desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade.
- Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica.
- Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios.
- Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.
- Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública.
- Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

c. Distrito Federal

- Responder, solidariamente com a União, pela integralidade da atenção à saúde da população.
- Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e de trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências.
- Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da

oferta às necessidades, como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.
- Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão.
- Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território.
- Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela União.
- Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes.
- Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território.
- Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos.
- Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação.
- Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e da equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização no atendimento.
- Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
- Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a União, o acesso da população aos medicamentos cuja

- dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Garantir o acesso a serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
 - Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.
 - Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
 - Executar e coordenar as ações de Vigilância em Saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidades desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
 - Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública.
 - Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

d. União

- Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população.
- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação.
- Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso.
- Apoiar o Distrito Federal, os estados e, conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde.
- Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica.
- Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica.
- Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS.
- Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos, e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios.

- Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidades, a partir da atenção básica.
- Coordenar e executar as ações de Vigilância em Saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidades desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios.
- Proceder a investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário.
- Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP) – nos aspectos relativos à vigilância em saúde.
- Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades.
- Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

• **Responsabilidades na regionalização**

a. Municípios

Todo município deve:

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.
- Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.
- Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIBs regionais constituídas por

representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de Saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais.

- Participar dos projetos prioritários das Regiões de Saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

- Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.

b. Estados

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.
- Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB.
- Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização.
- Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.
- Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional.
- Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

c. Distrito Federal

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.
- Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização.

- Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida.
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.
- Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

d. União

- Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.
- Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT.
- Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual.
- Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.
- Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

• Responsabilidades no planejamento e programação

a. Municípios

Todo município deve:

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente.
- Formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente.

- Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (Cnes); e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos.
- Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local.
- Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

- Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

b. Estados

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.
- Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.
- Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual.
- Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde.

- Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

c. Distrito Federal

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal.
- Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.
- Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.
- Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (Cnes); Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos.
- Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território.
- Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

d. União

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

- Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.
- Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).
- Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e o Distrito Federal na elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, no âmbito nacional.
- Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos.
- Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

• **Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria**

a. Municípios

Todo município deve:

- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios.
- Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
- Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde.
- Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais.
- Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais.
- Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

- Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços.
- Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais.
- Executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação.
- Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
- Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas.
- Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial.
- Monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços.
- Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade.
- Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.
- Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.
- Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

b. Estados

- Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território.
- Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios.

- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais.
- Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
- Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade.
- Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos.
- Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber.
- Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais.
- Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais.
- Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais.
- Operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação.
- Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação.
- Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS.
- Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas.
- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção.

- Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios.
- Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores.
- Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeiras definidas na Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde.
- Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados.
- Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços.
- Monitorar e avaliar o funcionamento dos consórcios intermunicipais de saúde.
- Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais.
- Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade.
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual.
- Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública.
- Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde.
- Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde.
- Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.
- Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

c. Distrito Federal

- Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território.
- Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios.

- Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde.
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
- Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais.
- Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia.
- Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais.
- Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida.
- Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas.
- Executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação.
- Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços.
- Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas.
- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção.
- Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização.
- Monitorar e avaliar o funcionamento dos consórcios de saúde.
- Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas.

- Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade.
- Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial.
- Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública.
- Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde.
- Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

d. União

- Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS.
- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.
- Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
- Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS.
- Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde.
- Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde.
- Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde.
- Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as políticas de atenção especializada.
- Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços.

- Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente.
- Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores.
- Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores.
- Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas.
- Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos.
- Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal.
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.
- Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública.
- Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais.
- Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde.
- Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

• **Responsabilidades na gestão do trabalho**

a. Municípios

Todo município deve:

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações no trabalho.
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

- Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores.

- Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados.
- Considerar as diretrizes nacionais para planos de carreiras, cargos e salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de cargos e salários no âmbito da gestão local.
- Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

b. Estados

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.
- Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados.
- Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional.
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção.
- Considerar as diretrizes nacionais para planos de carreiras, cargos e salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de cargos e salários no âmbito da gestão estadual.
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

c. Distrito Federal

- Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada.
- Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional.

- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente.
- Considerar as diretrizes nacionais para planos de carreiras, cargos e salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de cargos e salários no âmbito da gestão do Distrito Federal.
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

d. União

- Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas.
- Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada.
- Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal.
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção.
- Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

• Responsabilidades na educação em saúde

a. Municípios

Todo município deve:

- Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento.
- Promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde.
- Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.
- Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

- Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS.
- Promover e articular junto às escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.

b. Estados

- Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual.
- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
- Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.
- Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento.
- Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde.

- Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção.
- Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.

c. Distrito Federal

- Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento.
- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente.
- Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde.
- Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS.
- Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção.
- Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal.
- Promover e articular junto às escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.
- Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.
- Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.

d. União

- Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas.
- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS.
- Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde.

- Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde.
- Propor e pactuar com o Sistema Federal de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

• **Responsabilidades na participação e controle social**

a. Municípios

Todo município deve:

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente.
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de conferências municipais de saúde.
- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional.
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde.
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.
- A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.
- Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

b. Estados

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente.
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de conferências estaduais de saúde.
- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional.
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde.
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.

- Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

c. Distrito Federal

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente.
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de conferências estaduais de saúde.
- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional.
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde.
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.
- Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais

d. União

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente.
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde.
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde.
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.
- Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde.
- Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

5 IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

A) Processo de implantação

• Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

- a. A implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas, pactuadas na CIT.
- b. Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão, federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão.
- c. O Termo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normatização específica, contem as metas e objetivos do Pacto pela Vida, referidas no item 2 deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, constantes alínea 'a' do item Financiamento do Sistema Único de Saúde (pág. xx) e os indicadores de monitoramento.
- d. Fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/96 e na NOAS SUS 2002.
- e. O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em portaria específica.
- f. Os Termos de Compromisso de Gestão devem ser aprovados nos respectivos conselhos.
- g. Nos Termos de Compromisso de Gestão estaduais e municipais, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.
- h. Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, objetivos e indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.
- i. Os 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), continuarão gozando das mesmas prerrogativas e responsabilidades até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.

B) Processo de monitoramento

• O processo de monitoramento dos Pactos deve seguir as seguintes diretrizes:

- a. Ser um processo permanente, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal.
- b. Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão.
- c. Estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações onde os municípios, estados e Distrito Federal não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.
- d. Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.
- e. A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

6 DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO DO SUS

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) ou órgão equivalente, é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Um dos representantes dos municípios é, necessariamente,

o Secretário de Saúde da capital. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde devem ser constituídos colegiados de gestão regionais.

A definição sobre o número de membros de cada CIB deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.

As decisões da CIB e CIT serão tomadas sempre por consenso.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB serão formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

As decisões das comissões intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos conselhos de saúde deverão ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo.

EQUIPE TÉCNICA

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO DO CNS

Geusa Dantas Lélis – Conselheira Nacional/Federação Nacional dos Enfermeiros/Fentas
Maria Thereza Mendonça de Carneiro Rezende – Conselheira Nacional/Conselho Federal de Fonoaudiologia/Fentas
Maria Helena Baumgarten – Conselheira Nacional/Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
Ilara Hämmerli Sozzi – Conselho Nacional Secretários Estaduais de Saúde
Geraldo Adão Santos – Conselheiro Nacional/Confederação Brasileira de Aposentados de Pensionistas

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/COORDENAÇÕES

Eliane Cruz – Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde
Alessandra Ximenes – Coordenadora de Comunicação e Informação em Saúde em Saúde
Adalgiza Balsemão de Araújo – Coordenadora de Relações Intersectoriais
Lúcia Maria Costa Figueiredo – Coordenadora de Equipe Técnica Normativa

ORGANIZADOR

Vitor Mendonça Neiva

JORNALISTAS

Verbena Melo
Nita Queiroz
Alessandro Saturno

COLABORAÇÃO

Ana Gabriela Nascimento Sena
Conceição de Maria Oliveira da Silva
Darcy Reis de Oliveira
Gleisse de Castro Oliveira
Jaci de Jesus Santos Silva
Jannayna Martins Sales
José Maria do Amaral Sobreira Filho
Magnólia Bezerra
Maicon Vinicius de Camargo
Maria Camila Borges Faccenda
Maria Rita Rodrigues da Silva
Marimi Melo da Silva
Neide Rodrigues dos Santos
Pérola de Jesus Santos da Silva
Rosa Amélia Pereira Dias
Verônica Guedes Araújo
Wagner de Almeida Muniz

CAPA, PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fabiano Bastos (Editora MS)



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, maio de 2006

OS 0565/2006