

SAÚDE

NA GESTÃO MUNICIPAL



SAÚDE

NA GESTÃO MUNICIPAL



Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. Todavia, a reprodução não autorizada para fins comerciais desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei nº 9.610/1998.

Copyright 2013. Confederação Nacional de Municípios – CNM.

Impresso no Brasil.

Textos:

Gabrielle Kölling
Ronaldo Mendes de Oliveira Castro Filho

Editoria Técnica:

Elena Pacita Lois Garrido

Supervisão Editorial:

Luciane Guimarães Pacheco

Diretoria-Executiva:

Elena Pacita Lois Garrido
Gustavo de Lima Cezário

Revisão de textos:

Keila Mariana de A. O. Pacheco

Diagramação:

Eduardo Viana / Themaz Comunicação

Capa:

Banco de imagens / Themaz Comunicação

Ficha catalográfica:

Confederação Nacional de Municípios – CNM
Saúde na gestão municipal. – Brasília: CNM, 2013.

124 páginas.
ISBN 978-85-99129-76-0

1. Administração pública municipal. 2. Saúde pública. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Programas federais da saúde. *Título: Saúde na gestão municipal.*



SCRS 505, Bloco C, Lote 1 – 3º andar – Asa Sul – Brasília/DF – CEP 70350-530

Tel.: (61) 2101-6000 – Fax: (61) 2101-6008

E-mail: atendimento@cnm.org.br – Website: www.cnm.org.br

CARTA DO PRESIDENTE

Prezado(a) Gestor(a),

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) busca, com a presente publicação, reforçar seu compromisso institucional em defender a autonomia do Ente municipal quanto à sua atuação na área da Saúde e ser porta-voz na missão de fortalecer suas ações, visando a dar segurança aos seus atos e garantir o desenvolvimento das nossas cidades com sustentabilidade e eficiência.

Na cartilha que ora apresentamos, estão analisados, a partir de uma leitura crítica, os principais programas do governo federal, os mecanismos de controle utilizados, bem como uma análise acerca de temáticas que devem permear a atuação do gestor municipal na área da Saúde.

Sabemos que a Saúde é um tema prioritário da agenda municipal, que as demandas são latentes e crescentes, e a complexidade de sua gestão só aumenta na medida em que o direito à saúde é direito de todos. No entanto, não podemos olvidar que existem pactuações e que devem ser consideradas as responsabilidades de cada Ente na árdua tarefa de concretizar esse direito constitucionalizado.

Nesse sentido, esta publicação também pretende apresentar as principais responsabilidades do âmbito municipal, a fim de contribuir com a gestão dessa missão extremamente complexa: efetivar a saúde.

Desejamos muito sucesso nas ações que seu Município empreenderá!

Paulo Ziulkoski
Presidente da CNM

CNM – GESTÃO 2012-2015

NOMINATA

CONSELHO DIRETOR

CARGO	NOME	REPRESENTAÇÃO
Presidente	Paulo Roberto Ziulkoski	Mariana Pimentel/RS – FAMURS
1º Vice-Presidente	Humberto Rezende Pereira	Terenos/MS – ASSOMASUL
2º Vice-Presidente	Douglas Gleen Warmling	Siderópolis/SC – FECAM
3º Vice-Presidente	Laerte Gomes	Alvorada d'Oeste/RO – AROM
4º Vice-Presidente	Ângelo José Roncalli de Freitas	São Gonçalo do Pará/MG – AMM
1º Secretário	Jair Aguiar Souto	Manaquiri/AM – AAM
2º Secretário	Rubens Germano Costa	Picuí/PB – FAMUP
1º Tesoureiro	Joarez Lima Henrichs	Barracão/PR – AMP
2º Tesoureiro	Glademir Aroldi	Saldanha Marinho/RS – FAMURS

CONSELHO FISCAL

CARGO	NOME	REPRESENTAÇÃO
Titular	Renilde Bulhões Barros	Santana do Ipanema/AL – AMA
Titular	Francisco de Macedo Neto	Bocaina/PI – APPM
Titular	Antonio da Cruz Fiulgueira Júnior	Itapecuru Mirim/MA – FAMEM
1º Suplente	Jocelito Krug	Chapadão do Sul/MS – ASSOMASUL
2º Suplente	Vago	
3º Suplente	Jadiel Cordeiro Braga	São Caetano/PE – AMUPE

CONSELHO DE REPRESENTANTES REGIONAIS

CARGO	NOME	REPRESENTAÇÃO
Titular Região Norte	Helder Zahluth Barbalho	Ananindeua/PA – FAMEP
Suplente Região Norte	Manoel Silvino Gomes Neto	Tocantinia/TO – ATM
Titular Região Sul	Adair José Trott	Cerro Largo/RS – FAMURS
Suplente Região Sul	Daíçon Maciel da Silva	Santo Antônio da Patrulha/RS – FAMURS
Titular Região Sudeste	Élbio Trevisan	Cesário Lange/SP – APM
Suplente Região Sudeste	Gilson Antonio de Sales Amaro	Santa Teresa/ES – AMUNES
Titular Região Nordeste	Eliene Leite Araújo Brasileiro	General Sampaio/CE – APRECE
Suplente Região Nordeste	Ivanildo Araújo de Albuquerque Filho	Timbaúba dos Batistas/RN – FEMURN
Titular Região Centro Oeste	Meraldo Figueiredo Sá	Acorizal/MT – AMM-MT
Suplente Região Centro Oeste	Gilmar Alves da Silva	Quirinópolis/GO – FGM

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	9
1. SAÚDE COMO DIREITO E DEVER DO ESTADO.....	10
1.1 Conceito de saúde.....	10
1.2 Políticas públicas: conceito e finalidade	11
1.3 Sistema Único de Saúde (SUS)	13
1.4 Prestação sanitária na atenção à saúde (básica, média e alta complexidade) ...	14
2. PRINCIPAIS PROGRAMAS FEDERAIS	18
2.1 Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde	18
2.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).....	22
2.3 Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).....	26
2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq)	32
2.5 Programa Saúde na Escola (PSE)	35
2.6 Brasil Sorridente	37
2.7 Academia da Saúde.....	42
2.8 Farmácia Popular do Brasil.....	44
2.9 Programa Melhor em Casa	46
2.10 SOS Emergências	48
2.11 Sala de Estabilização.....	50
2.12 Unidade de Pronto Atendimento (UPA).....	52
2.13 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).....	55
2.14 Rede Cegonha	60
2.15 Centro de Atenção Psicossocial (CAPs)	66
2.16 Vigilância Sanitária (Visa)	70
2.17 Vigilância em Saúde.....	74
2.18 Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)	79

3. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	82
3.1 Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob)	82
3.2 Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)	83
3.3 Sistema de Gerenciamento Tabela Unificada (Sigtap)	85
3.4 Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD)	87
3.5 Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)	89
3.6 Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)	92
3.7 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes)	94
3.8 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	96
3.9 Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	97
3.10 Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	100
4. DADOS EM SAÚDE: ONDEACESSÁ-LOS?	104
4.1 Noções de epidemiologia	105
5. FINANCIAMENTO DA SAÚDE	107
5.1 Fundos de saúde	109
5.2 Judicialização da saúde e das ações de regresso	111
5.3 Pisos salariais	113
6. COAP: LIMITES E POSSIBILIDADES	115
7. PRESTAÇÃO DE CONTAS	118
7.1 Recursos Fundo a Fundo	118
7.2 Convênios	119
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	121

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Tendo em vista que os programas e as ações são criações do próprio Ministério da Saúde, a presente cartilha foi construída com base nas informações constantes em seu *site*: fragmentadas em manuais, imagens (fluxogramas/diagramas), bem como a normatização em saúde: Constituição Federal, Leis Complementares, Decretos, Portarias, Resoluções, dentre outras.

Os dados que embasam o posicionamento da CNM aqui registrados são resultado do *Projeto Experiência Municipal*, cujo objetivo era demonstrar a situação do financiamento das políticas públicas no que tange ao valor repassado aos Entes municipais e ao custo real dos principais programas do governo federal. O Projeto envolveu 26 Municípios em 14 Estados, no ano de 2012.

1. SAÚDE COMO DIREITO E DEVER DO ESTADO

Que a saúde é um direito fundamental de todas as pessoas e um dever do Estado *lato senso*, não há dúvidas. Para tratar da concretização do direito fundamental constitucionalizado, existem as Leis 8.080 e 8.142, de 1990.

Efetivar o direito à saúde, ofertando serviços gratuitos, universais, equânimes e de qualidade é, também, construir/concretizar a democracia. Falar em democracia implica condições dignas de vida. Um dos pressupostos da democracia é o atendimento pleno dos direitos fundamentais que, como diz Ferrajoli,¹ custam muitíssimo, mas não realizá-los custa muito mais. Entretanto, para efetivar esses direitos, é condição preliminar que haja financiamento definido de modo responsável e comprometido no viés puramente republicano e federativo, ou seja, responsabilidades orçamentárias para todos os Entes da Federação que compõem a República.

Considerando o conteúdo do art. 196 da Constituição Federal de 1988, pode-se dizer que propiciar a saúde é uma tarefa de todos os Entes que compõem a Federação, no entanto, não podemos esquecer da história do Sistema Único de Saúde (SUS) e especialmente as pactuações que definem o papel de cada um no efetivo atendimento ao direito à saúde.

1.1 CONCEITO DE SAÚDE

Atualmente, é possível conceituar a saúde pública como um conjunto de ações e serviços de responsabilidade do poder público, efetuados de forma impessoal, contínua,

1 FERRAJOLI, Luigi. *Democracia y garantismo*. Madrid: Trotta, 2008.

permanente e eficiente. O objeto da saúde pública é a prevenção de doenças, bem como a redução das limitações físicas, mentais e sociais, voltadas à coletividade, com o intuito de manter os indivíduos em condições de integrarem um estado de bem-estar físico, mental e social.²

A saúde é um tema presente em diversas discussões, e o fato do seu vocábulo ser demasiadamente amplo, torna as coisas ainda mais complexas. Conforme Schwartz,³ é necessário fazer um recorte, com base na análise constitucional do art. 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde, para efeitos de aplicação do art. 196 da CF/1988, pode ser conceituada como um processo sistêmico que objetiva a prevenção e a cura de doenças, ao mesmo tempo em que visa à melhor qualidade de vida possível, tendo como instrumento de aferição a realidade de cada indivíduo e pressuposto de efetivação a possibilidade de esse mesmo indivíduo ter acesso aos meios indispensáveis ao seu particular estado de bem-estar.

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITO E FINALIDADE

A postura do Estado, antes da Constituição Federal de 1988, era neutra, entretanto, com o advento e a positivação dos direitos sociais passou a assumir um papel de prestador, cujo enfoque recai sobre a característica da obrigação de fazer.

Compreender as políticas públicas como uma categoria jurídica atende à necessidade de busca de concretização dos direitos humanos, dentre os quais, os sociais, especificamente o direito à saúde.⁴ A evolução da temática da fruição e do gozo desses direitos é dotada de complexidade, pois demanda ao Estado uma série de providências, medidas concretas para ofertar ações de saúde e propiciar, também, ações de cunho preventivo,

2 COSTA, Franklin Rodrigues da. *O Caos da Saúde Pública: Efeitos do Descumprimento da Constituição e das Leis*. Brasília: Mimeo, 2002, p. 6-7.

3 SCHWARTZ, Germano André D. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001, p. 43.

4 *Ibidem*, p. 5.

de modo a incentivar o desenvolvimento humano. Assim, estamos diante do Estado intervencionista, visto que os direitos sociais (em especial, a saúde) reclamam prestações positivas do Estado.

Pode-se dizer que o instrumento de realização do direito à saúde é a política pública, que pode ser definida como um programa de ação governamental, ou seja, um conjunto de medidas coordenadas, com o objetivo maior de movimentar a máquina estatal para concretizar um direito, no caso em tela, a saúde.

Ainda nas políticas públicas, deve-se destacar a dimensão material, pois é por meio dos programas que se especificam os objetivos e os meios para atingir tal fim. Esses programas devem apresentar os resultados pretendidos e o tempo necessário para a implementação, ou seja, são verdadeiros parâmetros para a avaliação dos resultados obtidos com a política pública. Trata-se, então, de um *programa de ação*, visto que a política pública assumiria uma dimensão de eficácia social, a chamada efetividade.

Para a formulação das políticas públicas, é necessário que haja planejamento. Embora seja dotado de conteúdo extremamente técnico, não deixa de ser fruto de um processo político. O planejamento é o mecanismo de ligação entre as estruturas política e econômica, que se consolida no âmbito das relações políticas. São pressupostos desse processo a negociação e as decisões entre os Entes federativos, bem como entre os setores sociais.⁵

Diante dessas considerações necessárias para a compreensão das políticas públicas, pode-se denominar segundo Aith⁶ que *se considera política pública a atividade estatal de elaboração, planejamento, execução e financiamento de ações voltadas à consolidação do Estado*

5 BERCOVICI, Gilberto. Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do Estado. In: *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. (Org.) Maria Paula Dallari Bucci. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 146.

6 AITH, Fernando. Políticas públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos. In: *Políticas Públicas. Reflexões sobre o conceito jurídico*. (Org.) Maria Paula Dallari Bucci. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 232.

Democrático de Direito e à promoção e proteção dos direitos humanos. Nessa atividade, o sujeito ativo é o Estado, seja por meio da administração pública direta ou indireta.

Via de regra, as políticas não podem ser delegadas a terceiros, temos algumas políticas públicas que só o Estado pode executar, como é o caso da saúde, políticas voltadas à consolidação do Sistema Único de Saúde. Como se tratam de políticas de estruturação, estas são eminentemente estatais, no tocante ao seu desenvolvimento, entretanto, é possível que o Estado crie condições para que a iniciativa privada possa também participar de forma complementar do Sistema.⁷

De qualquer sorte, pode-se dizer que, indubitavelmente, a efetivação do direito à saúde está de modo intrínseco ligada à realização de políticas públicas. A Constituição Federal faz previsão desses instrumentos “realizadores” do direito à saúde e é exatamente nesse contexto que se faz importante destacar o papel do Sistema Único de Saúde dos Entes federados.

1.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O art. 196 da Constituição, como já referido, dispõe que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas [...] acesso universal e igualitário às ações e serviços [...]”. Note-se que a própria Constituição já estabelece a estruturação das prestações em matéria de saúde, pois além de estabelecer as políticas sociais, estabelece, também, nos arts. 198 a 200, de forma inédita, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesses moldes, o SUS não aparece como um programa que visa simplesmente a resultados, mas sim como uma nova conformação, cuja finalidade maior é a coordenação da atuação governamental em todos os níveis federativos, a partir de uma rede regio-

7 Conforme art. 199 da Constituição Federal de 1988.

nalizada e hierarquizada (art. 198, Constituição Federal) e atender às seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, prioritariamente, preventivo e a participação da comunidade.

Tal sistema é único justamente porque as suas diretrizes são direcionadas para as três esferas de governo. Por sistema, entende-se o conjunto de unidades e ações que integram com uma finalidade em comum: efetivar o direito à saúde. Em que pese o atual Sistema Único de Saúde tenha dificuldades, deficiências, deve-se reconhecer que só pelo fato de tal instrumento ter adquirido força constitucional, graças ao movimento sanitário, já é uma vitória. É uma política pública que está em permanente processo de construção, evolução e aprimoramento.

1.4 PRESTAÇÃO SANITÁRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE (BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE)

As ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) foram categorizados em níveis de complexidade: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. A hierarquização e a descentralização das ações e dos serviços públicos de saúde seguem a determinação dada pela Constituição Federal de 1988, art. 198:

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:

Atenção Básica

Todos os Municípios, independentemente da quantidade de habitantes que possuam, são obrigados a prestar serviços e atendimentos à saúde da população no nível da Atenção Básica ou Primária, portanto, será dada maior ênfase a esse nível de atendimento.

Nos termos da NOB-SUS 1/1996, da Portaria 648/GM-2006, e do art. 30, inc. VII, da Constituição Federal, compete aos Municípios o custeio da Atenção Básica de Saúde,

incluindo suas respectivas urgências, abrangendo o controle de tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle de hipertensão, o controle de diabetes *melittus*, as ações de saúde bucal, as ações de saúde da criança e as ações de saúde da mulher, constantes do anexo I da Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 1/2002.

A responsabilidade dos Municípios, nas ações e nos serviços públicos de saúde, restou estabelecida pela Portaria 648/2006 MS, em seu item 2, *verbis*:

DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

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

Portanto, conforme estabelecido na Portaria 648/2006, todos os Municípios são responsáveis pela atenção básica de seus municípios, sendo que os níveis de média e alta complexidade deverão ser prestados pelos Municípios de maior porte, também sob responsabilidade dos Estados e da União.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e de baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

A Atenção Básica deve ser o contato inicial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, norteia-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Afinal, o que é uma Unidade Básica de Saúde (UBS)?

A Unidade Básica de Saúde (UBS) serve como a porta de entrada do SUS, é onde ficam os profissionais de saúde que realizam os serviços da atenção básica, local do primeiro atendimento à população, esses serviços não podem ser terceirizados, devem ser prestados diretamente pelos Municípios.

A UBS ou Posto de Saúde (como também são chamadas) tem um papel fundamental nos serviços da atenção básica e será tratada com mais detalhes logo em seguida, quando serão abordados os principais programas federais.

Os serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde ou Postos de Saúde são, como o próprio nome sugere, atendimentos básicos como Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, e, ainda, fornecimento de vacinas e medicação básica (tabela Rename), essa é a obrigação de todos os Municípios.

A UBS funciona para triagem e encaminhamento. Os profissionais devem ser capazes de resolver problemas de saúde mais comuns e de dominar novos saberes que promovam a saúde e previnam doenças. A Unidade Básica de Saúde deve realizar assistência contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional que atua na própria unidade ou nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, entre outros. Elas elaboram e executam programas educativos e de prevenção a doenças, a fim de promover mudança de hábitos, costumes alimentares, higiene pessoal, atenção com esgotamento sanitário e vacinação de crianças e animais.

As UBS devem ser capazes de oferecer atendimento em clínica médica, ginecologia, pediatria, odontologia, curativos, vacinas, prevenção e promoção da saúde, essas são as responsabilidades de todos os Municípios.

Os equipamentos para as UBS podem ser financiados pelo Ministério da Saúde – Fundo Nacional de Saúde, e sua relação pode ser encontrada no *site* eletrônico www.saude.gov.br, no *menu* “profissional e gestor”, no campo “aquisição de equipamentos”.

A CNM alerta aos gestores municipais para verificarem se os valores de financiamento liberado pelo Ministério da Saúde são suficientes para cobrir os custos de aquisição de materiais e equipamentos.

Média Complexidade

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento.

Os serviços que se classificam como média complexidade são, por exemplo, cirurgias ambulatoriais especializadas, traumatismo-ortopédico, radiodiagnóstico, ultrassonográficos, próteses e órteses e anestesia, dentre outros.

Alta Complexidade

A Alta Complexidade pode ser definida como o conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde, ou seja, atenção básica e de média complexidade.

As principais áreas que compõem esse nível são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise), assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular pediátrica, procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos de neurocirurgia, cirurgia reprodutiva, genética clínica dentre outros.

O elenco de procedimentos considerados considerados de alta complexidade ambulatorial e hospitalar podem ser encontrados na Portaria MS 968/2002.

2. PRINCIPAIS PROGRAMAS FEDERAIS

No que tange aos serviços de saúde, pode-se dizer que o basilar são as UBSs (Unidades Básicas de Saúde), no entanto, existem diversos outros programas com a finalidade de prestar serviços de saúde, aos quais os Municípios podem aderir ou não. É válido destacar que é essencial observar a relação custo/benefício no momento de decidir aderir ou não, aos programas federais.

2.1 SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Descrição

A Saúde da Família é compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade.

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde, com exceção da equipe EACSSB MI e MII, que devem ter no mínimo quatro agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta, ainda, com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da

comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Atualmente, considera-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde parte integrante da Saúde da Família. Nos Municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

É válido destacar que os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: a) ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família; e b) ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Atualmente, encontram-se, em atividade no País, 257 mil ACS, distribuídos em 5.425 Municípios, presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em áreas altamente urbanizadas e industrializadas.

Em dezembro de 2012, o País possuía 33.404 equipes Saúde da Família, distribuídos em 5.297 Municípios, cobrindo uma população de 105.504.290 habitantes, de acordo com o *site* do Ministério da Saúde.

Em tese, as responsabilidades em relação a essa estratégia são:

Federal

Elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; cofinanciar o sistema de atenção básica; Ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; manter as bases de dados nacionais.

Estadual

Acompanhar a implantação e a execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações intermunicipais; coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; cofinanciar as ações de atenção básica; auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.

Municipal

Definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); cofinanciar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

Financiamento

O valor repassado, por Agente Comunitário de Saúde, pelo Ministério da Saúde, é de R\$ 950,00 (novecentos e cinquenta reais) a partir de janeiro de 2013, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS 260/2013.

O Ministério da Saúde financia o programa saúde da família, repassando os valores de R\$ 10.695,00 e R\$ 7.130,00, modalidade 1 e modalidade 2, respectivamente, sendo que esses valores devem ser utilizados para pagar todos os gastos do programa: pessoal, encargos, material de expediente, entre outros.

Posição da CNM

No que concerne aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pode-se dizer que eles tiveram um importante papel para a saúde pública. Entretanto, na atual conjuntura, eles estão adstritos a um papel eminentemente burocrático. Entretanto, o Ministério da Saúde continua a manter o programa de ACS.

Para os Municípios que fizeram concurso público para a categoria, é interessante pen-

sar na promoção da capacitação dos agentes, para melhor aproveitar esse contingente de recursos humanos.

A CNM destaca que o valor repassado mensalmente, em 2013, pelo Ministério da Saúde incluindo parcela creditada no dia 10 de dezembro de cada ano (14ª parcela) é de R\$ 950,00 por ACS e destina-se ao custeio do referido Programa, devendo ser utilizado em salários, encargos sociais, protetores solar e demais despesas do Programa.

Esse valor não é considerado piso salarial, o que ainda não foi estabelecido pelo Congresso Nacional.

Um dos pontos nevrálgicos no Programa Saúde da Família é o financiamento: o valor repassado pelo Ministério da Saúde é INSUFICIENTE! Os valores repassados para a execução do programa Saúde da Família são: Modalidade 1 = R\$ 10.695,00 e Modalidade 2 = R\$ 7.130,00.

Tabela 1 – Programa Saúde da Família

Quant. de Municípios com ESF	Quantidade de ESF	Valor MS ano 2012 (R\$)	Valor Gasto Municípios (R\$)	Diferença (R\$)
5.297	33.404	3,38 bi	13,67 bi	10,29 bi

Fonte: Site do MS – Sala de apoio à gestão estratégica e Projeto Experiência Municipal CNM.

Observa-se que a **diferença anual entre o subsídio do Ministério da Saúde e as despesas dos Municípios é de R\$ 10,29 bilhões.**

Os Municípios, além de terem de complementar com recursos próprios o programa federal, ainda se veem submetidos às normas do governo federal, que, na maioria das vezes, não refletem a realidade municipal, como, por exemplo, a obrigatoriedade de médico com carga horária de 40 horas-semanais no Saúde da Família.

Outro fato é que, ao aderir a programa federal, o gestor municipal se sujeita à fiscalização de todos os órgãos de controle da União.

A CNM sugere que os gestores municipais realizem um levantamento da sua realidade epidemiológica, verificando qual é o seu real gasto com os programas federais e qual o custo para implantar programas próprios, direcionados a atender às necessidades de seus municípios.

Legislação

- Portarias MS: 204/2007, 978/2012 e 260/2013.

2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Descrição

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado com o objetivo de ampliar o atendimento e a qualidade dos serviços do SUS oferecidos aos usuários da Atenção Básica. Dessa forma, além dos profissionais que já vêm prestando atendimento nas Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família, outros profissionais que trabalham com a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde também estarão ao acesso da população.

O Nasf é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família.

Existem três modalidades de Nasf. Não é permitida a implantação das duas modalidades de forma concomitante.

- Nasf 1 – composto por, no mínimo, cinco das profissões de nível superior (psicólogo; assistente social; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional da educação física; nutricionista; terapeuta ocupacional; médico ginecologista;

médico homeopata; médico acupunturista; médico pediatra; e médico psiquiatra) vinculado de 8 a 20 Equipes Saúde da Família.

- Nasf 2 – composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional), vinculado a, no mínimo, 3 Equipes Saúde da Família.
- Nasf 3 – criado para, em conjunto com as modalidades Nasf 1 e 2, possibilitar a universalização dessas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas.

A modalidade Nasf 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a. a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;
- b. nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;
- c. cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.

Cada Nasf 1 deverá estar vinculado a, no mínimo 5 (cinco), e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para **populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)**.

A modalidade Nasf 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a. a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;

- b. nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;
- c. cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

Cada Nasf 2 deverá estar vinculado a, no mínimo, 3 (três) e a, no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para **populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)**.

A modalidade Nasf 3 deverá ter uma equipe formada por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:

- a. a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;
- b. nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas;
- c. cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

Cada Nasf 3 deverá estar vinculado a, no mínimo, 1 (uma) e a, no máximo, 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para **populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)**, agregando-se de modo específico ao processo de trabalho destas, configurando-se como uma equipe ampliada.

Financiamento

Os valores de incentivo financeiro para o custeio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) nas modalidades 1, 2 e 3, são os seguintes:

- a. Nasf Modalidade 1 serão transferidos, mensalmente, R\$ 20.000,00 (vinte mil reais);

- b. Nasf Modalidade 2 serão transferidos, mensalmente, R\$ 12.000,00 (doze mil reais);
- c. Nasf Modalidade 3 serão transferidos, mensalmente, R\$ 8.000,00 (oito mil reais).

Os valores de incentivo financeiro para implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) nas modalidades 1, 2 e 3 são os seguintes:

- a. Nasf Modalidade 1 – R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação;
- b. Nasf Modalidade 2 – R\$ 12.000,00 (doze mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação;
- c. Nasf Modalidade 3 – R\$ 8.000,00 (oito mil reais) a serem transferidos, em parcela única, no mês subsequente à competência de implantação.

Posição da CNM

O Programa do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no ano de 2012 tinha 1.536 equipes na Modalidade 1 e 393 equipes na Modalidade 2, vejamos os números desse programa:

Tabela 2 – Programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Modalidade	Quantidade de Nasf	Valor MS ano 2012	Valor Gasto Municípios	Diferença
01	1.536	368,64 milhões	740,32 milhões	371,68 milhões
02	393	37,73 milhões	75,76 milhões	38,03 milhões

Fonte: Site do MS – Sala de apoio à gestão estratégica e Projeto Experiência Municipal CNM.

A CNM orienta os gestores municipais que, antes de aderirem ao Programa do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, façam um levantamento de quanto irá custar o programa, pois **os valores repassados pelo Ministério da Saúde para a manutenção mensal do programa são insuficientes.**

A crítica fundamental que se faz ao Nasf é que para aderir ao programa é pré-requisito que o Ente municipal tenha aderido anteriormente ao PSF. Isso elide a possibilidade de o Município desenvolver ação em saúde de modo autônomo, ou mesmo, pleitear um núcleo como o Nasf.

Legislação

- Portarias MS: 3.124/2012, 548/2013 e 562/2013.

2.3 PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

Descrição

O programa foi desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), com o objetivo de orientar os Municípios e o Distrito Federal quanto ao cadastro de novas propostas de Ampliação, Construção e Reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nele, serão descritas todas as etapas que o Município deverá seguir para obter sucesso no cadastro da proposta. O Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Requalificação das UBS, pretende contribuir para estruturação e fortalecimento da Atenção Básica e para a continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde no País, propondo que a melhoria da estrutura física da UBS seja facilitadora para a mudança das práticas das Equipes de Saúde.

O Ministério da Saúde realizou um senso para verificar quais são as condições estruturais da atenção básica no Brasil, com o intuito de observar o que era preciso reformar, ampliar e construir. O resultado desse senso já abriu, no ano passado, uma chamada pública para credenciamento de reforma, ampliação ou construção de UBS (Unidades Básicas de Saúde). Essa seleção será reaberta e receberá propostas, inclusive de situações que não tenham sido contempladas no senso. A adesão a esse programa dar-se-á a partir de fevereiro do corrente ano, pela internet, via Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob).

Caso o Município não possua a senha de acesso ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), será necessário cadastrar ou atualizar seu cadastro junto à Dicon do seu Estado. Após acessar o Sismob, com CNPJ e senha do FMS, será necessário cadastrar ou atualizar os dados do prefeito, do técnico e do engenheiro responsável pela obra, pois a senha de acesso para alimentar o Sismob e cadastrar propostas será encaminhada para os *e-mails* destes.

O Sistema de Monitoramento de Obras foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o intuito de monitorar todas as obras de engenharia e infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Academias da Saúde, financiadas com recurso federal, tornando-se uma ferramenta para o gerenciamento de todas as fases da obra. O Sistema possibilita comparativos do planejado e do executado de cada obra, assim como suas fases e etapas, podendo o gestor comparar o cronograma predefinido da obra, realizado por profissional especializado, com o andamento real, oferecendo uma visão financeira e executiva de toda a obra. Todo o histórico da obra, juntamente com as imagens fotográficas, poderá ser visualizado na série histórica que estará disponível no sistema.

O Sistema de Monitoramento de Obras permite que o gestor seja sinalizado através de alertas quando alguma etapa da obra estiver em caminho crítico ou em atraso, facilitando, assim, a alimentação do sistema e melhorando a qualidade da informação.

No *site* onde o sistema está disponível, há um “passo a passo” com todos os procedimentos para apresentar proposta, bem como, no caso da sua aprovação, para o desenvolvimento da obra, no que tange às formalidades que o Município deve realizar (informações e alimentação do sistema) para que as parcelas não sejam suspensas. Outro fator bastante relevante é o espaço físico (caso a proposta tenha por objeto a construção de UBS): a municipalidade deve ter um terreno previamente destinado para isso, deve-se ter um decreto de desapropriação ou algum documento que comprove a existência e a destinação do terreno.

O Regime da Contratação Diferenciada (RDC) será uma ferramenta para a construção, ampliação ou reforma das UBS. O Ministério da Saúde treinará os secretários municipais de Saúde para a utilização dessa modalidade licitatória. O Ministério realizará, também, uma ata nacional de contratação por região, os Municípios poderão ou não escolher participar dessa ata. Caso o Ente não participe, este deverá realizar todo o seu procedimento licitatório individualmente.

Financiamento

Atualmente, tem-se 39.349 UBS no País. A prioridade do governo federal está centrada na reforma de 4.348 unidades, na ampliação de 5.629 unidades e na construção de 1.253 unidades. O orçamento destinado a isso é de R\$ 1,6 bi em 2013. Os valores serão repassados fundo a fundo. Alteração nas medidas e valores de financiamento:

Tabela 3 – Unidades Básicas de Saúde

Tipo Quant. ESF	2012 R\$ (mil)	Fev 2013 R\$ (mil)	2012 M²	Fev 2013 M²
01	200,00	408,00	153,24	297,92
02	266,67	512,00	293,28	374,04
03	400,00	659,00	293,28	481,32
04	533,33	773,00	293,28	564,84

Fonte: Área Técnica CNM.

O financiamento das UBS não exige que o Município tenha aderido ao Programa Saúde da Família, basta ter equipe da atenção básica.

O monitoramento das obras será realizado por fotos, alimentando o Sismob, assim, o Ministério da Saúde acompanhará o desenvolvimento dos projetos de reforma, a ampliação e a construção das UBS.

No que tange à liberação dos valores, o procedimento será do seguinte modo:

1ª Parcela: 10% (dez por cento) do valor total aprovado, após a publicação da portaria específica de habilitação;

2ª Parcela: 65% (sessenta e cinco por cento) do valor total aprovado, mediante a apresentação da respectiva Ordem de Início de Serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (Crea) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), ratificada pelo gestor local de saúde e encaminhada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) através de ofício e posterior autorização pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); e

3ª Parcela: 25% (vinte e cinco por cento) do valor total aprovado, após a conclusão da edificação da unidade e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Crea ou CAU, ratificado pelo gestor local de saúde e encaminhado à CIB, através de ofício, e posterior autorização pelo Ministério da Saúde, por meio do DAB/SAS/MS.

Para ampliação, serão necessários alguns requisitos:

- a. Sismob atualizado para propostas de reforma e ampliação;
- b. Municípios com UBS menores que o tamanho atual;
- c. Município que solicitar ampliação para oferta de serviços:
 - c.1. aumento do número de equipes de Atenção Básica;
 - c.2. ampliação de atividades;
 - c.3. Município com maior percentual de população em extrema pobreza.

O Ministério da Saúde adotará estratégias para auxiliar o Município a reduzir o período de execução da obra, dentre elas:

- a. disponibilizar o projeto básico e executivo de arquitetura da UBS;
- b. treinamento a respeito do Regime Diferenciado de Contratação para obras e serviços de engenharia (RDC), no âmbito do SUS;
- c. Elaboração de Ata de Registro de Preços para contratação da obra (excepcionalizado pela Lei 12.462/2011, RDC);
- d. Aprovação do projeto pela vigilância Sanitária.

Para pleitear habilitação ao financiamento previsto no Componente Construção, o Município ou o Distrito Federal deverá cadastrar sua proposta no Ministério da Saúde, por meio do *site* eletrônico «<http://dab.saude.gov.br/sistemas/qualificaUbs/>», incluindo-se as seguintes informações:

- I. localização da UBS a ser construída, com endereço completo;
- II. coordenada geográfica do local da construção, através de ferramenta disponibilizada no sistema de cadastro da proposta;
- III. certidão de registro, emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, por termo de doação de forma irrevogável e irretroatável e irrevogável por, no mínimo, 20 (vinte) anos ao Município ou Distrito Federal, conforme documentação exigida em lei, como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel ou, ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público;
- IV. fotografia do terreno;
- V. Porte da UBS a ser construída (Porte I, II, III ou IV);
- VI. comunidades a serem beneficiadas e número de habitantes a serem assistidos nesta UBS; e
- VII. justificativa técnica que demonstre a relevância da construção da UBS para a execução das ações e serviços de saúde.

Passo a passo para os procedimentos de credenciamento de proposta. Disponível em: «http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/PASSO_A_PASSO_SISMOB.pdf».

Posição da CNM

A crítica que se faz ao programa é que o valor repassado para a reforma, a construção e a ampliação das Unidades Básicas de Saúde é muito baixo, será preciso investir bem mais do que o Ministério da Saúde repassa. Outro ponto extremamente sensível ao tema é o aparelhamento das UBS novas: quem custeará?

O custo por metro quadrado para realizar essas obras é de R\$ 2.385,00 m² (Fonte: Ata Registro de Preços 103/2009 da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro).

Vejamos as diferenças e o impacto que os Municípios pagarão:

Tabela 4 – Custo de Construção UBS

Tipo	M²	Custo de Construção (R\$)	Valor Repasse MS (R\$)	Diferença (R\$)
01	297,92	710.539,20	408.000,00	302.539,20
02	374,04	892.085,40	512.000,00	380.085,40
03	481,32	1.147.948,20	659.000,00	488.948,20
04	564,84	1.347.143,40	773.000,00	574.143,40

Fonte: Área Técnica da CNM.

Faz parte das reivindicações da CNM que o Ministério da Saúde atualize o valor do financiamento para que este corresponda com a realidade do custo do metro quadrado, levando em consideração, também, as diferenças regionais. É crucial inserir no programa verbas para a aquisição de mobiliários e equipamentos, como também, para a manutenção das UBS ampliadas ou construídas.

A CNM aconselha os Municípios que mantenham os bancos de dados alimentados e que analisem a situação concreta das suas estruturas da atenção básica.

Os sistemas de informação devem estar atualizados no que tange à inserção das informações, pois isso será levado em consideração quando da análise das propostas por parte do Ministério da Saúde, bem como para a liberação das parcelas.

Legislação

- Portarias MS: 130/2013, 131/2013, 134/2013 e 169/2013.

2.4 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ)

Descrição

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um Programa que tem a pretensão de implementar processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

O Programa pretende induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais, direcionadas à Atenção Básica em Saúde, em todo o Brasil. Ou seja, o Ministério pretende mapear as condições da prestação sanitária no País.

O Pmaq está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam o *ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB*, quais sejam: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização.

A primeira fase do Pmaq consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais e destes com o Ministério da Saúde, em um

processo que envolve pactuação local, regional e estadual e participação do controle social.

A segunda fase está vinculada à etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Essa fase está organizada em quatro grandes vértices: autoavaliação; monitoramento; educação permanente e apoio institucional.

A terceira fase consiste na avaliação externa, que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de Municípios e Equipes da Atenção Básica, participantes do Programa.

A quarta fase é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos Municípios, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático, a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ. Nesse momento, o panorama nacional será importante para aferir os indicadores de saúde.

Financiamento

O Ministério da Saúde repassa o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável:

- I. R\$ 8.500,00 (oito mil e quinhentos reais) por Equipe de Atenção Básica contratualizada;
- II. R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) por Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica;
- III. R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 1 (Nasf 1);

- IV. R\$ 3.000,00 (três mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 2 (Nasf 2); e
- V. R\$ 2.000,00 (dois mil reais) por Núcleo de Apoio à Saúde da Família Tipo 3 (Nasf 3).

O Município recebe, inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, o percentual de 20% (vinte por cento) do valor integral do incentivo financeiro relativo ao Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável, correspondendo a:

- I. R\$ 1.700,00 (um mil e setecentos reais) por Equipe de Atenção Básica contratualizada;
- II. R\$ 500,00 (quinhentos reais) por Equipe de Saúde Bucal vinculada a 1 (uma) ou a 2 (duas) Equipes de Atenção Básica;
- III. R\$ 1.000,00 (mil reais) por Nasf 1;
- IV. R\$ 600,00 (seiscentos reais) por Nasf 2; e
- V. R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por Nasf 3.

Posição da CNM

A ideia é interessante, resta, apenas, a esperança de que o Ministério da Saúde não utilize esse programa apenas como um meio de deter controle sobre o que os Municípios brasileiros estão fazendo na saúde.

A expectativa da CNM é de que o Ministério utilize esses dados para incrementar, urgentemente, os recursos para a saúde.

O Ministério da Saúde deve considerar esses dados para conhecer e levar em conta as peculiaridades e as especificidades dos Municípios, pois o desconhecimento da realidade municipal, por parte do Ministério, é a causa da falha das “políticas de saúde”, tendo em vista que são meramente criadas, sem que sejam considerados os condicionantes de cada região.

Legislação

- Portarias MS: 576/2011, 1.654/2011, 2.396/2011, 2.488/2011, 2.838/2011, 1.089/2012, 261/2013, 535/2013 e 562/2013.

2.5 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Descrição

O Programa Saúde na Escola (PSE) é Política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial 6.286. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, aos adolescentes, aos jovens e adultos da educação pública brasileira unem-se para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz.

A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é, portanto, fundamental para o Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e da educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras. Este ano, o programa tem ações concentradas na prevenção da obesidade infantil e na saúde ocular. A adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) está condicionada à assinatura de termo de compromisso, com definição de ações e metas, pelos secretários municipais de saúde e educação, via sistema de monitoramento eletrônico.

Financiamento

O financiamento para este programa tem origem tanto do Ministério da Saúde quanto do Ministério da Educação.

O Ministério da Saúde repassa incentivo financeiro fundo a fundo na modalidade PAB variável, compondo o Bloco de Financiamento da AB - Pacto pela Saúde, onde cada Equipe Saúde da Família e de Saúde Bucal/Saúde da Família recebe um adicional a partir da adesão e início das ações do Programa Saúde na Escola.

O valor dos recursos financeiros referentes à adesão ao Programa Saúde na Escola corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal às Equipes Saúde da Família que atuam nesse Programa, podendo receber R\$ 10.695,00 ou R\$ 7.130,00 dependendo da modalidade da equipe.

O Ministério da Educação fornece Kits Educação e Saúde do Programa Saúde na Escola, publicação de materiais didáticos (livros, agendas, cadernos, fitas de vídeo e DVD) meios para inclusão dos temas da Saúde nos projetos político-pedagógicos das escolas, Complementares - Nasf, Brasil Sorridente, Olhar Brasil, Alimentação Escolar Saudável e outros.

A partir do ano de 2011, mudou-se a forma da gestão e funcionamento do PSE nos Municípios, tendo em vista a fragilidade dos sistemas de monitoramento das ações do referido programa, dentre outras razões. O repasse que era realizado de uma única vez, agora é repassado somente 70%, os outros 30% restantes quando atingirem os 70% das metas pactuadas e informarem as ações realizadas no período de 12 meses via SIMEC, o Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação.

Posição da CNM

Mais uma vez, os gestores municipais devem verificar, antes de aderirem ao programa, qual o real custo para a realização dos procedimentos estabelecidos no PSE, se haverá a necessidade de complementação financeira por parte do Ente municipal, pois o valor repassado pelo Ministério da Saúde é insuficiente para custear o programa.

Legislação

- Decreto 6.289/2007.
- Portarias Interministeriais MS/MEC: 675/2008, 1.399/2008, 3.696/2010, 1.910/2011, 1.911/2011.

- Portarias MS: 1.861/2008, 2.931/2008, 3.146/2009, 790/2010, 1.537/2010, 3.014/2011 e 524/2012.

2.6 BRASIL SORRIDENTE

Descrição

Historicamente, os Municípios brasileiros desenvolviam ações bucais para a faixa etária escolar de 6 a 12 anos e para gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso aos serviços de pronto atendimento e urgência. Os Municípios propiciavam atenção bucal sem auxílio efetivo do governo federal.

Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), concluído em 2003 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular à escova de dente.

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente) propõe um modelo que dê conta da universalidade, da integralidade e equidade; no entanto, voltamos ao velho problema: implementação do programa.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente é a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (principalmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e a qualificação da Atenção Especializada (isso se dá por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Tipos de equipes:

- Modalidade I: 1 consultório odontológico.

- Modalidade II: 2 consultórios odontológicos (um para uso do técnico em saúde bucal, caso haja espaço físico adequado para a instalação do segundo equipo e seja aprovado pelo gestor municipal e estadual).
- Modalidade III – unidade odontológica móvel (UOM).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os Centros de especialidades Odontológicas estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:

- a. Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer de boca;
- b. Periodontia especializada;
- c. Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- d. Endodontia;
- e. Atendimento a portadores de necessidades especiais.

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas deve ser uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos Municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal.

Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados de casos mais complexos.

O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) poderá ser suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal.

Os procedimentos da produção mínima mensal em cada especialidade são identificados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Sigtap) com o atributo complementar “Monitoramento CEO”.

Existem três tipos de CEO, assim definidos:

- a. Tipo I: com 3 cadeiras odontológicas;
- b. Tipo II: de 4 a 6 cadeiras odontológicas;
- c. Tipo III: acima de 7 cadeiras odontológicas.

Financiamento

O Ministério da Saúde disponibiliza o recurso de implantação, Equipe Saúde Bucal, no valor de R\$ 7.000,00 (parcela única) para investimento nas Unidades Básicas e realização de Curso Introdutório.

Recurso de Custeio (PAB Variável) Equipe Saúde Bucal:

Tabela 5 – Valores ESB

Modalidade I	R\$ 2.230/mês
Modalidade II	R\$ 2.980/mês
Modalidade III	R\$ 4.680/mês

Fonte: Área Técnica da CNM.

Fazem jus a 50% a mais sobre os valores mensais de custeio as ESB dos Municípios que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitando o número máximo de equipes definido em portaria. Equipes modalidade III não recebem este incentivo.

O Ministério da Saúde repassa a título de incentivo para implantação (construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos) dos CEO os seguintes valores:

- a. R\$ 60 mil para CEO Tipo I;
- b. R\$ 75 mil para CEO Tipo II;
- c. R\$ 120 mil para CEO Tipo III.

O Ministério da Saúde repassa mensalmente a título de incentivo de custeio para os CEO, os seguintes valores:

- a. R\$ 8.250,00 para CEO Tipo I;
- b. R\$ 11.000,00 para CEO Tipo II;
- c. R\$ 19.250,00 para CEO Tipo III.

O CEO que esteja aderido à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência recebe um valor adicional de incentivo de custeio mensal, da seguinte forma:

- a. R\$ 1.650,00 para cada CEO Tipo I;
- b. R\$ 2.200,00 para cada CEO Tipo II;
- c. R\$ 3.850,00 para cada CEO Tipo III.

O valor pago pelo programa por cada prótese dentária é de R\$ 150,00.

O procedimento para implantação do Centro de Especialidade Odontológica pode ser acessado no endereço eletrônico abaixo:

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/passo_a_passo_2012_ceo.pdf

Posição da CNM

O programa dos Centros de Especialidades Odontológicas está vinculado ao programa de Saúde Bucal, que, por sua vez, pertence à Estratégia Saúde da Família.

Ou seja: a concretização de um programa está sujeita à adesão a outros.

Está clara a fragmentação dos programas.

Seria mais efetivo e estratégico propiciar financiamento da saúde bucal por meio de valor único fundo a fundo, deixando a construção da política de saúde bucal a cabo do Município.

Os gestores municipais devem fazer um levantamento dos custos reais para a aquisição de equipamentos, construção, reforma ou ampliação dos Centros de Especialidades Odontológicas antes de aderirem ao programa, pois o valor repassado pelo Ministério é inferior à necessidade de recursos, tornando obrigatória a contrapartida financeira dos Municípios.

Outro ponto importante é o valor repassado para cada prótese, R\$ 150,00, valor totalmente abaixo do valor de mercado.

O Projeto *Experiência Municipal* da CNM revelou que no programa CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) os Municípios arcam com um aporte financeiro médio de R\$ 163,1 mil em média.

No Saúde Bucal, o Projeto também constatou que os Municípios, para executarem o programa, são obrigados a complementar com recursos próprios o valor de R\$ 261,9 mil.

Legislação

Portarias MS: 283/2005, 599/2006, 600/2006, 822/2006, 90/2008, 2.372/2009, 122/2011, 703/2011, 1.464/2011, 1.599/2011, 2.488/2011, 2.490/2011, 123/2012, 366/2012, 978/2012, 1.341/2012 e 1.825/2012.

2.7 ACADEMIA DA SAÚDE

Descrição

O Programa Academia da Saúde tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

Os objetivos desse programa são: ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; potencializar as ações nos âmbitos da Atenção Primária em Saúde (APS), da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS); promover a integração multiprofissional na construção e na execução das ações; promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; aumentar o nível de atividade física da população; estimular hábitos alimentares saudáveis; promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

O programa define 3 (três) modalidades: a básica, a intermediária e a ampliada de Polos de Academia da Saúde a serem construídas pelo Município ou Distrito Federal, de acordo com as estruturas e as respectivas áreas de terrenos, definidas no anexo da portaria.

As modalidades assim se distinguem:

- a. Modalidade Básica: destinada à construção de área de vivência e espaço externo

composto de área multiuso com equipamentos para alongamento, conforme descrito no anexo da Portaria;

- b. Modalidade Intermediária: destinada à construção de depósito de materiais, área de vivência, espaço externo composto de área multiuso com equipamentos para alongamento, conforme descrito no anexo da Portaria; e
- c. Modalidade Ampliada: destinada à construção da estrutura de apoio, espaço externo composto de área multiuso, área de equipamentos para alongamento e ambientação do espaço (jardins e canteiros), conforme descrito no anexo da Portaria.

Financiamento

O valor referente ao repasse para a construção dos Polos é estabelecido de acordo com a modalidade, da seguinte maneira:

- a. Modalidade Básica: R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais);
- b. Modalidade Intermediária: R\$ 100.000,00 (cem mil reais); e
- c. Modalidade Ampliada: R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais).

O Polo do Programa Academia da Saúde deverá ser construído pelo Município ou Distrito Federal, em conformidade com as estruturas e as respectivas áreas de terrenos definidas no anexo da Portaria.

Posição da CNM

Cabe destacar que as atividades serão desenvolvidas por profissionais de saúde da atenção primária, especialmente dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), podendo ser agregados profissionais de outras áreas do setor público. Ou seja, para implementar esse programa, é essencial ter Nasf.

Se a pretensão do programa é promover a integração multiprofissional na construção e na execução das ações e promover a convergência de projetos ou programas nos

âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer, **nada mais plausível do que deixar o planejamento a cargo do Município, com o devido aporte financeiro.**

A academia da saúde é um programa que, em tese, deveria estar focado na preocupação com a atividade física da população, em função da maior causa de morte na atualidade: as doenças crônicas não transmissíveis. Dentro desse rol, alguns fatores aumentam o risco, quais sejam: obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares, dentre outros.

Nessa lógica, o investimento em política pública para fortalecer a atividade física é importante, no entanto, será que é preciso que o Ente municipal vincule-se ao programa Academia da Saúde?

Ao vincular-se, **o Ente ficará “preso” e “engessado” no que tange a todos os requisitos e normas que o programa estabelece.**

Ao criar a sua própria política local para fomentar a prática de atividade física e os hábitos saudáveis, o Ente fortalecerá a sua autonomia e executará a tarefa de acordo com as suas necessidades e no limite das suas forças financeiras, sem ficar adstrito às imposições ministeriais.

Legislação:

- Portarias MS: 719/2011, 1.401/2011, 1.402/2011 e 359/2012.

2.8 FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Descrição

O governo federal criou, em junho de 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil com a Rede Própria em parceria com Municípios, Estados, Distrito Federal e instituições de ensino e de saúde filantrópicas. Essa modalidade é executada em parceria com a Fiocruz com a finalidade de ampliar o acesso a medicamentos essenciais com baixo

custo para mais perto da população, melhorando o acesso e beneficiando uma maior quantidade de pessoas. A Rede Própria disponibiliza 112 medicamentos mais o preservativo masculino, entre os quais se destacam o captopril, enalapril, sinvastatina, atenolol, omeprazol, ácido acetilsalicílico e metformina.

Em 2006, houve a expansão do Programa para a rede privada, sendo chamado de “Aqui Tem Farmácia Popular”. Nesta modalidade, são disponibilizados medicamentos para hipertensão e diabetes, bem como para asma, rinite, dislipidemia, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma, além de contraceptivos e fraldas geriátricas para incontinência.

Os medicamentos para diabetes, hipertensão e asma são gratuitos, para os outros, o programa “Aqui Tem Farmácia Popular” oferece preços até 90% menores dos que são cobrados nos estabelecimentos privados não cadastrados. O objetivo é atingir a parcela da população que não busca assistência no SUS, mas tem dificuldade para manter tratamento devido ao alto preço dos medicamentos. Para ter acesso, basta que o usuário apresente o CPF, um documento com foto e a receita médica válida (validade de 120 dias) em qualquer uma das Unidades da Rede Própria ou farmácias e drogas credenciadas no “Aqui Tem Farmácia Popular”.

O elenco oficial dos medicamentos disponibilizados pela Rede Própria do Programa Farmácia Popular do Brasil pode ser encontrado no endereço eletrônico abaixo:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/elenco_fp1_20_08_12.pdf.

Os medicamentos disponibilizados para venda pelo programa “Aqui Tem Farmácia Popular” pode ser encontrado no endereço eletrônico abaixo:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rol_medicamentos041012.pdf.

As fraldas geriátricas disponibilizadas pelo programa “Aqui Tem Farmácia Popular” podem ser encontradas no endereço eletrônico abaixo:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rol_fraldas131112.pdf.

Posição da CNM

É fato notório que os programas federais constroem uma “pseudo política” de saúde que é impositiva, formulando os regramentos para os quais os Municípios, para receberem quantias irrisórias, obrigam-se a aderir.

O governo federal disciplina os detalhes mínimos, as especificações, por exemplo: carga horária do médico – 40 horas semanais.

A maioria dos Municípios brasileiros tem dificuldades para a contratação de um médico por 40 horas. Disciplinar esses detalhes é exacerbar a competência.

Compete ao Ente municipal especificar esses detalhes sobre a gestão.

Legislação

- Portaria MS 971/2012.

2.9 PROGRAMA MELHOR EM CASA

Descrição

Esse programa está vinculado a pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, por exemplo, que terão assistência multiprofissional gratuita em seus lares, com cuidados mais próximos da família.

A realização (prestação desse programa) será feita por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas. Outros profissionais (fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e farmacêuticos) poderão compor as equipes de apoio. Cada equipe poderá atender, em média, a 60 pacientes, simultaneamente.

O programa tem como objetivo ajudar a reduzir as filas nos hospitais de emergência, pois, havendo indicação médica, a assistência poderá ser feita na própria residência do paciente, desde que haja o consentimento da família.

O Melhor em Casa, conforme prevê o programa, deve ser executado em parceria com Estados e Municípios, sendo articulado com as Redes de Atenção à Saúde.

A atuação das equipes do Melhor em Casa dá-se de maneira integrada com os serviços da Atenção Básica, Unidades com Salas de Estabilização, Upas, Samu 192 e com as unidades hospitalares. As equipes do Melhor em Casa devem atuar vinculadas a uma central de regulação, controlada pela secretaria de saúde dos Municípios, Distrital Federal ou Estados, e não a um hospital. Assim, ao ser acionada, a central, então, seleciona a equipe do local onde o paciente mora para prestar a assistência domiciliar.

As equipes de Atenção Domiciliar do Melhor em Casa são contratadas por Estados, Distrito Federal e Municípios. O atendimento à população é realizado durante toda a semana (de segunda a sexta-feira), 12 horas por dia e, em regime de plantão, nos finais de semana e feriados.

Municípios com população entre 40 mil e 100 mil habitantes podem participar, desde que estejam localizados em regiões metropolitanas e tenham Samu instalado. Os Municípios com população acima de 100 mil habitantes devem ter, ainda, Hospital de Referência (mais de 60 leitos e com as clínicas básicas – ginecologia e obstetrícia, clínica, cirurgia e pediatria – ou estar habilitado em oncologia ou possuir UTI).

Para ter equipes do Melhor em Casa, os Municípios e/ou Estados devem aderir ao programa do governo federal. Para isso, os gestores devem enviar projetos à Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Após aprovação nesta instância, o gestor encaminhará o projeto ao Ministério da Saúde, que fará avaliação técnica e publicará portaria, habilitando os Municípios e/ou Estados.

Financiamento

No que concerne ao financiamento, o Ministério da Saúde repassa, por mês, R\$ 34,5 mil para o custeio das equipes principais (EMAD) e R\$ 6 mil para as equipes de apoio (Emap). **Os repasses do Ministério não excluem a possibilidade de aporte de recursos pelos gestores locais.** Os recursos também poderão ser utilizados para a manutenção dos serviços (compra de equipamentos, aquisição de medicamentos, insumos e transporte) e serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos Municipais ou Estaduais de saúde.

Posição CNM

Os gestores municipais, antes de aderirem ao programa, devem fazer um levantamento detalhado dos custos para a sua implantação e manutenção, pois os valores repassados pelo Ministério da Saúde, normalmente, são insuficientes para fazer frente aos seus programas.

Mais uma vez, há a vinculação de um programa ao outro, pois a atuação das equipes do Melhor em Casa será pautada na integração dos serviços da Atenção Básica, das Unidades com Salas de Estabilização, das Upas, do Samu 192.

É mais um argumento para a “colcha de retalhos do Ministério da Saúde”.

Legislação

- Portarias MS: 2.527/2011e 1.533/2012.

2.10 SOS EMERGÊNCIAS

Descrição

O programa faz parte da estratégia preferencial do Ministério da Saúde, visando à qualificação do Componente de Atenção Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência, realizada juntamente com Estados, Distrito Federal e Municípios, para enfrentar as principais necessidades dos hospitais, melhorar a gestão, qualificar e ampliar o acesso

aos usuários em situações de urgência, reduzir o tempo de espera e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento.

A ação teve início em novembro de 2011, está implantada em 12 hospitais de grande porte, que são referências regionais, têm grandes demandas diárias e estão localizados em Fortaleza (CE), Recife (PE), Salvador (BA), Goiânia (GO), Brasília (DF), Belo Horizonte (MG), São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS).

O SOS Emergências deve funcionar articulado com os demais serviços de urgência e emergência que compõem a Rede Saúde Toda Hora, coordenada pelo Ministério da Saúde e executada pelos gestores estaduais e municipais. As unidades hospitalares deverão estar articuladas com o Samu 192, Upas 24 horas, Salas de Estabilização, serviços da Atenção Básica e Melhor em Casa.

Posição CNM

Aderir a esse programa significa, em última análise, aderir a (quase que obrigatoriamente) diversos outros. **O programa é recente, ainda está em fase de implementação, portanto alertamos para que seja feita uma análise criteriosa antes da adesão.**

O fato de esses 12 hospitais estarem em poucos locais do Brasil dificulta ainda mais o êxito do programa.

Para o funcionamento do SOS Emergências, o programa demanda que ele funcione de modo a articular-se com os demais serviços de urgência e emergência que compõem a Rede Saúde Toda Hora, Samu 192, Upas 24 horas, Salas de Estabilização, serviços de Atenção Básica e Melhor em Casa.

Mais uma vez visualiza-se que os programas federais não são a melhor alternativa, tendo em vista que o aceite para participar de um programa demanda que o Ente municipal vincule-se a outro para que haja tentativa de

êxito. Essa imposição do Ministério da Saúde, no que concerne ao condicionamento de um programa ao outro, mostra **o quão enfraquecida é a autonomia do Ente municipal no contexto do direito à saúde.**

A concretização da saúde está totalmente fragmentada e dependente das imposições ministeriais, e essas, por sua vez, criam regras “universais” a todos os Municípios sem considerar as suas peculiaridades.

Legislação:

- Portaria MS 1.663/2012.

2.11 SALA DE ESTABILIZAÇÃO

Descrição

A sala de estabilização é definida como o equipamento de saúde para atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em Municípios isolados geograficamente, bem como lugares de difícil acessibilidade. A sua organização é articulada, regionalizada e em rede.

A sala de estabilização pode ser implantada em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, em hospitais de pequeno porte com no máximo 30 (trinta) leitos, fora da abrangência de UPA 24 horas. Pode ser instalada, também, em Unidade Básica de Saúde e unidade mista, devendo funcionar por 24 horas todos os dias da semana.

Financiamento

O valor do incentivo financeiro para a implantação da sala de estabilização é de R\$ 100.000,00; o valor para custeio mensal é de R\$ 25.000,00, sendo que, para as regiões da Amazônia Legal, do Nordeste de extrema pobreza, o valor é de R\$ 35.000,00, executando-se as regiões metropolitanas.

Os Municípios com menos de 50.000 habitantes, com cobertura do Samu ou correlato e que se comprometam a aderir ao Samu em um prazo máximo de 2 (dois) anos podem se inscrever para aderirem ao programa.

Para habilitação da sala de estabilização, o gestor deve encaminhar proposta conforme estabelecido no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – PAR RUE contendo:

- a. quantitativo populacional a ser coberto pela sala de estabilização;
- b. compromisso formal do Município de dispor a sala de estabilização equipe mínima, Anexo II da Portaria 2.338/2011;
- c. informação da existência de Samu, na área de cobertura da sala de estabilização, ou apresentação de termo de compromisso de implantação de Samu 192, no prazo de até dois anos;
- d. informação das grades de referências e contrarreferências pactuadas na Rede de Atenção Básica com as unidades de atenção básica e/ou de saúde da família, hospitais de retaguarda, o Samu e o transporte sanitário;
- e. garantia de cobertura de atenção básica de no mínimo 50% no Município-sede da sala de estabilização;
- f. garantia de retaguarda hospitalar, com a apresentação de termo de compromisso formalmente estabelecidos pelas unidades de referência;
- g. adesão ao Pacto pela Saúde ou o compromisso sanitário existente ou a demonstração do processo de adesão ao Pacto pela Saúde em curso;
- h. declaração do gestor responsável de que o valor repassado pelo Ministério da Saúde será utilizado exclusivamente na implantação da sala de estabilização.

Posição da CNM

O Ministério da Saúde elabora os programas sem a participação dos gestores municipais, sendo que a cada novo programa ele já nasce vinculado a outros, fazendo com que os gestores municipais fiquem atrelados a praticamente todos os programas federais.

A adesão ao programa da Sala de Estabilização requer que o Município seja atendido pelo Samu, tenha equipe mínima de profissionais, possua uma retaguarda hospitalar de unidades referenciadas dentre outras exigências.

O gestor municipal deve realizar levantamento dos custos, incluindo as exigências para a implantação e a manutenção da Sala de Estabilização, para verificar qual o valor que o Município terá de complementar para fazer frente aos gastos com a implantação e custeio mensais.

Legislação

- Portaria MS 2.338/2011.

2.12 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

Descrição

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência das unidades hospitalares, onde, em conjunto com estas, compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência (Samu), que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação. A regulamentação está pautada na Política Nacional de Atenção às Urgências.

As UPAs são classificadas em três (3) diferentes portes, de acordo com a população da região a ser coberta, a capacidade instalada – área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme definido na tabela abaixo:

Tabela 6 – Tipos de Unidade de Pronto Atendimento

UPA	População da região de cobertura	Área Física	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Número mínimo de médicos por plantão	Número mínimo de leitos de observação
Porte I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m²	50 a 150 pacientes	2 médicos, sendo um pediatra e um clínico geral	5 - 8 leitos
Porte II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m²	151 a 300 pacientes	4 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	9 - 12 leitos
Porte III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m²	301 a 450 pacientes	6 médicos, distribuídos entre pediatras e clínicos gerais	13 - 20 leitos

Fonte: Site do Ministério da Saúde.

Passo a Passo:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38045.

Financiamento

O repasse do governo federal para custeio mensal das UPAs ampliadas, habilitadas e qualificadas é: R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para UPA Porte I; R\$ 175.000,00 (cento e setenta e cinco mil reais) para UPA Porte II; e R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) para UPA Porte III.

O incentivo financeiro de investimento destinado à UPA Nova observará o seguinte:

- UPA Nova Porte I: recurso de incentivo financeiro de investimento no valor de R\$ 2.200.000,00 (dois milhões e duzentos mil reais) para construção, mobiliários e equipamentos de novas UPA 24h;
- UPA Nova Porte II: recurso de incentivo financeiro de investimento no valor de R\$ 3.100.000,00 (três milhões e cem mil reais) para construção, mobiliários e equipamentos de novas UPA 24h;

- c. UPA Nova Porte III: recurso de incentivo financeiro de investimento no valor de R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões reais) para construção, mobiliários e equipamentos de novas UPA 24h.

Posição da CNM

Os valores repassados pelo Ministério da Saúde para a construção, mobiliários e equipamentos das UPAs são insuficientes, obrigando os Municípios a completarem os custos com recursos próprios.

O custo de construção: R\$ 2.385,00 m² (Fonte: Ata Registro de Preços 103/2009 da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil da Estado do Rio de Janeiro).

Tabela 7 – Custo de Construção UPA

Tipo	M²	Custo Construção R\$	Valor Repase MS R\$	Diferença R\$
Porte I	700,00	1.669.500,00	2.200.000,00	530.500,00
Porte II	1.000,00	2.385.000,00	3.100.000,00	715.000,00
Porte III	1.300,00	3.100.500,00	4.000.000,00	899.500,00

Fonte: Área Técnica da CNM.

É válido destacar que os custos para mobiliar e equipar a UPA são de aproximadamente de R\$ 2 milhões.⁸

Portanto, antes de aderirem ao programa, os gestores devem verificar se possuem recurso próprio suficiente para fazer frente aos custos que deverão suportar, lembrando que os custos também incluem a manutenção predial e de equipamentos e pessoal.

8 Fonte: Jornal Folha de São Paulo e site Jornalista Caio Hostilio – Maranhão.

Legislação:

- Portarias MS: 1.601/2011, 132/2013 e 342/2013.

2.13 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Descrição

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas, além dos motoristas, que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

O Samu realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. O acesso é por meio de chamada gratuita, pelo telefone 192, para a Central de Regulação que identifica a emergência e inicia o atendimento no mesmo instante com orientações ao paciente ou à pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações, seguido de envio de equipe de socorro.

As unidades móveis para o atendimento de urgência são as seguintes:

- a. Unidade de suporte básico de vida terrestre (UBS) – viatura tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- b. Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA) – viatura tripulada por, no mínimo, 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
- c. Equipe de aeromédico – aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
- d. Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profis-

sionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

- e. Motolância: motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância;
- f. Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

As centrais de Regulação Médica de Urgências fazem parte do Samu 192, a equipe deve ser composta por médicos com capacitação em regulação médica das urgências (MR), técnico auxiliar de regulação médica (TARM) e rádio-operador (RO).

O Samu 192 contempla a rede de urgência em caráter regional, corrobora os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, visa a garantir a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso.

A Rede de Atenção às Urgências deve estar integrada por sistemas de informação e comunicação que lhe permita a perfeita compreensão das várias situações e a adequada atenção aos pacientes.

Os Municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes que já possua Samu 192 pode constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação das Urgências, desde que todos os Municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra Central de Regulação das Urgências.

Projetos regionais com população inferior a 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes podem ser implantados, após análise realizada pela área técnica da CGUE/DAE/SAS/MS, análise esta que busca a adequação da cobertura do componente Samu 192 às peculiaridades regionais que deverão estar detalhadas no respectivo projeto.

Financiamento

O incentivo financeiro de investimento para construção de novas Centrais de Regulação das Urgências do Componente Samu 192 ou para ampliação, reforma e que pretendam se regionalizar já existentes, são os seguintes:

- a. Municípios com até 350.000 habitantes – R\$ 100.000,00 (cem mil reais);
- b. Municípios com 350.001 a 1.500.000 habitantes – R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais);
- c. Municípios com 1.500.001 a 4.000.000 habitantes – R\$ 175.000,00 (cento e setenta e cinco mil reais);
- d. Municípios com população a partir de 4.000.001 habitantes – R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais).

Os incentivos para construção ou ampliação de Centrais de Regulação das Urgências não poderão ser utilizados em imóveis locados.

O Ministério da Saúde repassa incentivo financeiro de investimento para a aquisição de materiais, mobiliário e equipamentos de tecnologia de Rede de Informática para as Centrais de Regulação das Urgências, conforme valores estabelecidos no anexo da Portaria MS/GM 1.010/2012.

O detalhamento técnico do componente Samu 192 e sua Central de Regulação das Urgências deve ser aprovado pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Os prazos para a conclusão da obra e para o efetivo funcionamento do Samu 192 são os seguintes:

- a. 9 (nove) meses para conclusão, a contar da data da liberação dos recursos financeiros de incentivo para construção ou ampliação;

- b. 90 (noventa) dias para início das atividades, a contar do recebimento das unidades móveis.

No caso de descumpridos dos prazos acima, o gestor estará sujeito à devolução imediata dos recursos financeiros e unidades móveis repassados, acrescidos da correção monetária.

O incentivo financeiro de custeio para manutenção das Unidades Móveis efetivamente implantadas, são o seguinte:

- I. Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre:
 - a. Unidade habilitada – R\$ 12.500,00 (doze mil e quinhentos reais) por mês;
 - b. Unidade habilitada e qualificada – R\$ 20.875,00 (vinte mil oitocentos e setenta e cinco reais) por mês;
- II. Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre:
 - a. Unidade habilitada – R\$ 27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês;
 - b. Unidade habilitada e qualificada – R\$ 45.925,00 (quarenta e cinco mil novecentos e vinte e cinco reais) por mês;
- III. Equipe de Aeromédico:
 - a. aeronave habilitada – R\$ 27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês; e
 - b. aeronave habilitada e qualificada – R\$ 45.925,00 (quarenta e cinco mil novecentos e vinte e cinco reais) por mês;
- IV. Equipe de Embarcação:
 - a. Embarcação habilitada – R\$ 45.000,00 (quarenta e cinco mil reais) por mês;
 - b. Embarcação habilitada e qualificada – R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) por mês;
- V. Motolância:
 - a. Motolância habilitada – R\$ 7.000,00 (sete mil reais) por mês;

- b. Motolância habilitada e qualificada – R\$ 7.000,00 (sete mil reais) por mês;
- VI. VIR:
- a. VIR habilitado – R\$ 27.500,00 (vinte e sete mil e quinhentos reais) por mês;
 - b. VIR habilitado e qualificado – R\$ 45.925,00 (quarenta e cinco mil novecentos e vinte e cinco reais) por mês.

O incentivo financeiro para custeio das Unidades Móveis localizadas em Municípios situados na região da Amazônia Legal terá acréscimo de 30% (trinta por cento).

Os valores referentes ao custeio das centrais de regulação podem ser verificados na Portaria MS 1.010/2012.

Manual do Serviço da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, elaborado pelo Ministério da Saúde, pode ser acessado no endereço eletrônico abaixo:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.

Posição da CNM

Os valores repassados pelo Ministério da Saúde para a construção, a ampliação, a reforma, os mobiliários e os equipamentos das Centrais de Regulação, bem como para a manutenção dos veículos e despesas com pessoal são inferiores ao custo real.

A Portaria MS 1.010/2012 estabelece que se o custo da obra da Central de Regulação e/ou a aquisição de mobiliário, materiais e equipamentos forem superiores ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, **a diferença resultante deverá correr por conta dos gestores de saúde locais**, o que vem corroborar com a posição da CNM.

Portanto, os gestores municipais devem fazer um levantamento minucioso dos custos e gastos reais que o programa trará ao Município, sob pena de aderir ao programa e depois não ter condições financeiras de implementá-lo, **sujeitando o gestor a responder por irregularidades junto aos órgãos de controle.**

Legislação

- Decreto 5.055/2004;
- Portarias MS: 356/2000, 2.657/2004, 2.971/2008, 1.600/2011 e 1.010/2012.

2.14 REDE CEGONHA

Descrição

O programa visa a implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, com acompanhamento até os dois primeiros anos de vida do bebê. Apresenta quatro componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (transporte sanitário e regulação).

Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

- I. Componente pré-natal:
 - a. realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
 - b. acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
 - c. acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
 - d. realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
 - e. vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
 - f. qualificação do sistema e da gestão da informação;
 - g. implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

- h. prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
 - i. apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.
- II. Componente parto e nascimento:
- a. suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
 - b. ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa);
 - c. práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
 - d. garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
 - e. realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
 - f. estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
 - g. estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.
- III. Componente puerpério e atenção integral à saúde da criança:
- a. promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
 - b. acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
 - c. busca ativa de crianças vulneráveis;
 - d. implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
 - e. prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e

- f. orientação e oferta de métodos contraceptivos.
- IV. Componente sistema logístico: transporte sanitário e regulação:
 - a. promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
 - b. implantação do modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
 - c. implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir à Rede Cegonha no componente pré-natal desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Financiamento

O Ministério da Saúde repassa os seguintes recursos:

- I. Financiamento do componente pré-natal:
 - a. 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal, constantes no anexo III da Portaria MS/GM 1.459/2011, a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no Colegiado de Gestão Regional (CGR). A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos

exames verificados em tempo oportuno. A partir desse momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o Sis prenatal;

- b. 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (Portaria MS/GM 1.459/2011, anexo IV), kits para as gestantes (Portaria MS/GM 1.459/2011, anexo V) e kits para parteiras tradicionais (Portaria MS/GM 1.459/2011, anexo VI); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publicada em portaria específica.

II. Financiamento do componente parto e nascimento:

- a. recursos para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC 36 da Anvisa, devendo estes recursos serem repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/Siconv/MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/Gescon/MS.
- b. recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo pelo Sis pag, ou pelo Sistema de Gestão de Contratos e Convênios/Siconv/MS, ou ainda pelo Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/Gescon/MS.
- c. 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos Estados, Municípios e Distrito Federal, devendo estes re-

cursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

- d. 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos Estados, Municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.
- e. 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos Estados, Municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.
- f. 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos Estados, Municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.
- g. 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos Estados, Municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Enge-

nharia, Arquitetura e Agronomia (Crea), ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde; e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (Crea), ratificado pelo gestor local e pela CIB e autorizado pela Secretaria de Atenção à Saúde.

Os investimentos para a aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra.

O financiamento previsto para o custeio dos leitos deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional. O número de leitos a ser financiado será calculado de acordo com parâmetros de necessidade por tipologia.

Em caso da não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do beneficiário dos compromissos de qualificação assumidos, os recursos de obras, reformas e equipamentos deverão ser imediatamente devolvidos ao FNS, acrescidos da correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA, em cada nível de gestão, e a órgãos de controle externo.

Após a qualificação do componente pré-natal, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o Sisprenatal, em repasses mensais fundo a fundo.

Após a certificação da Rede Cegonha, o Município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com Sisprenatal, mediante repasse fundo a fundo.

Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.

Posição da CNM

Os gestores municipais devem ficar atentos aos custos reais que serão por eles assumidos com a adesão ao programa. Todos os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde têm seus valores de repasse insuficientes para o seu desenvolvimento.

Outro ponto relevante é a vinculação da Rede Cegonha ao programa Samu: os Municípios que não têm Samu ficam impossibilitados de efetivar o componente da logística de transporte sanitário. Observa-se, pois, que essa é mais uma tática do Ministério da Saúde para vincular a adesão de um programa ao outro.

Legislação

- Leis: 8.080/1990, 11.108/2005 e 11.634/2007.
- Decreto 7.508/2011.
- Portarias MS: 4.279/2010, 650/2011, 1.459/2011, 2.351/2011, 2.985/2011, 68/2012, 77/2012 e 930/2012.

2.15 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Descrição

Os objetivos gerais da rede CAPs são de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Existem seis tipos de CAPs diferentes, cada um com uma clientela diferenciada (adultos, crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas) a depender do contingente populacional a ser coberto (pequeno, médio e grande porte) e do período de funcionamento (diurno ou 24h), são eles:

1. CAPs I – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de 20.000 habitantes;
2. CAPs II – atende a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para Municípios com população acima de 70.000 habitantes;
3. CAPs III – atende a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPs Ad; indicado para Municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes;
4. CAPs i – atende a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e aos que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para Municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes;
5. CAPS AD – atende a adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes;
6. CAPs AD III: atende a adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monito-

ramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Pode constituir-se como referência regional, de acordo com implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) respectiva e desde que previsto no Plano de Ação Regional, o CAPs AD III regional será retaguarda para grupo populacional de 150 (cento e cinquenta) mil a 300 (trezentos) mil habitantes.

Todos os tipos de CAPs são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPs deve ser compatível com o acolhimento, o desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, a realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular.

Financiamento

O Ministério da Saúde repassa como incentivo financeiro para construção os seguintes valores:

- a. CAPs I, II, i e AD: R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais);
- b. CAPs AD III: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
- c. CAPs III: R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).

O repasse dos incentivos financeiros para investimento (construção) será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao fundo de saúde do Ente federativo beneficiário, nos seguintes termos:

- I. primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a publicação da portaria específica de habilitação;
- II. segunda parcela, equivalente a 60% (sessenta por cento) do valor total aprovado, mediante a inserção no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (Sismob):

- a. da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (Crea) ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo (CAU), ratificada pelo gestor local;
 - b. das fotos correspondentes às etapas de execução da obra,
 - c. das demais informações requeridas pelo Sismob.
- III. terceira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a conclusão da edificação da unidade e a inserção no Sismob:
- a. do respectivo atestado de conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo Crea ou CAU, ratificado pelo gestor local;
 - b. das fotos correspondentes às etapas de execução da obra e à conclusão da obra;
 - c. das demais informações requeridas pelo Sismob.

O recurso financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial, é diferenciado para cada tipo de CAPs:

- I. CAPs I – R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais;
- II. CAPs II – R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais;
- III. CAPs III – R\$ 63.144,38 (sessenta e três mil, cento e quarenta e quatro reais e trinta e oito centavos) mensais;
- IV. CAPs I – R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil e cento e trinta reais) mensais;
- V. CAPs AD – R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais,
- VI. CAPs AD III (24h) – R\$ 78.800,00 (setenta e oito mil, oitocentos) mensais.

O incentivo para a implantação de CAPs AD III é repassado em uma única parcela, da seguinte forma:

- a. CAPs AD III Novo – R\$ 150.000,00;
- b. CAPs AD III Qualificado – R\$ 75.000,00.

Posição da CNM

Os gestores municipais devem ficar atentos aos custos reais que serão por eles assumidos com a adesão ao programa, todos os programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde têm seus valores de repasse insuficientes para o seu desenvolvimento.

Os CAPs têm área média de 578,71 m². Considerando o custo de construção de R\$ 2.385,00 m², o CAPs irá custar em média R\$ 1,38 milhão.

Portanto, o Município terá de arcar com um investimento médio de R\$ 480 mil, sem contabilizar equipamentos e mobiliários.

Legislação

Portarias MS: 3.088/2011, 3.089/2011, 121/2012, 130/2012 e 615/2013.

2.16 VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA)

Descrição

A Vigilância Sanitária pode ser definida como um conjunto de ações no âmbito das práticas de saúde coletiva, assentada em várias áreas do conhecimento técnico científico e em bases jurídicas que lhe confere o poder de normatização, educação, avaliação e intervenção, capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, visando a garantir a qualidade do processo de produção, distribuição e consumo de bens e serviços relacionados à saúde e das condições de vida e trabalho dos cidadãos.

Tem por objetivo promover a proteção da saúde da população, identificando e controlando permanentemente os fatores de riscos à saúde individual e coletiva.

A Visa realiza sua fiscalização nos seguintes estabelecimentos e seguimentos: produção e comercialização de alimentos, saneamento básico, lojas e áreas de lazer, locais públicos, fábricas e medicamentos.

O serviço de Vigilância Sanitária está ligado ao Sistema Único de Saúde, a Lei 8.080/1990, em seu art. 7º descreve os princípios e as diretrizes do SUS, que são os mesmos que regem o trabalho da Vigilância Sanitária.

Os níveis de responsabilidades e atribuições referentes à Vigilância Sanitária dos Entes federados são assim distribuídas:

- a. Nível Municipal de gestão plena na atenção básica: coordenar, programar e executar procedimentos básicos de Vigilância Sanitária;
- b. Nível Municipal de gestão plena do sistema municipal: coordenar, programar e executar procedimentos básicos de Vigilância Sanitária e pactuar ações de alta complexidade e o Programa desconcentrado de ações de Vigilância Sanitária;
- c. Nível Estadual: coordenar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, executar ações e implementar serviços de Vigilância Sanitária, em caráter complementar e prestar apoio técnico-financeiro aos Municípios;
- d. Nível Regional: coordenar, assessorar, supervisionar e executar transitória e complementarmente procedimentos básicos de Vigilância Sanitária;
- e. Nível Central: coordenar, assessorar, supervisionar e executar transitória e complementarmente ações de Vigilância Sanitária de alta complexidade e do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária,
- f. Nível Federal: coordenar, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, prestar cooperação técnica financeira aos Estados e aos Municípios e executar ações de sua exclusiva competência.

Portanto, cabe aos Municípios a execução de todas as Vigilâncias Sanitárias, desde que assegurados nas leis federais e estaduais. Esse é o processo chamado de municipalização das ações de Visa. O Estado e a União podem atuar em caráter complementar quando houver risco epidemiológico, necessidade profissional e tecnológica.

Financiamento

A Portaria 937/2013 estabelece os valores a serem repassados, no ano de 2013, aos Entes públicos, conforme abaixo:

Os Estados recebem:

- I. pelo Estratégico, constituído por recursos financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde e da Anvisa, calculado mediante:
 - a. valor *per capita*, calculado à razão de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano ou Piso Estadual de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais) para unidades federadas cujo valor *per capita* configurar um teto abaixo desse valor, conforme o Anexo I da Portaria 937/2013;
 - b. Recursos financeiros da Anvisa, conforme o Anexo I da Portaria 937/2013.
- II. pelo Finlacen-Visa, conforme os Anexos IV e V da Portaria 937/2013.

O Distrito Federal receberá:

- I. o Estruturante, calculado pelo valor *per capita* à razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano, conforme Anexo III da Portaria 937/2013;
- II. o Estratégico, calculado pelo valor *per capita* à razão de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano e recursos da Anvisa, conforme Anexo I da Portaria 937/2013;
- III. Finlacen-Visa, nos termos da Portaria 3.271/2007, com as alterações instituídas pela Portaria 3.252/2009, conforme Anexos IV e V da Portaria 937/2013.

Os Municípios recebem:

- I. o Estruturante, calculado pelo valor *per capita* à razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano ou Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais)/ano para Municípios cujo total

per capita configurar um valor abaixo desse Piso, conforme Anexo III da Portaria 937/2013;

- II. o Estratégico, calculado pelo valor *per capita* à razão de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano, conforme Anexo III da Portaria 937/2013, destinado para os Municípios já pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Os anexos da Portaria 937/2013 podem ser acessados no endereço eletrônico abaixo:
http://www.conass.org.br/conassinforma/anexo_937_maio_2013.pdf.

Posição da CNM

A atividade de vigilância é essencial à saúde da população. Considerando que a vigilância sanitária tem um papel importante para a estruturação do SUS, principalmente devido à sua função normativa e fiscalizatória sobre os serviços prestados, produtos e insumos terapêuticos de interesse para a saúde; avaliação da necessidade de prevenção do risco, deveria ser objeto de maior atenção por parte do Ministério da Saúde.

As ações de vigilância constituem um verdadeiro desafio para o gestor municipal, haja vista que **a necessidade de desenvolver e qualificar as possibilidades de intervenção de cunho preventivo no campo da saúde é uma atividade complexa.**

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) foi recentemente formalizado em lei, o que demonstra a incipiência do Sistema. É preciso investir mais no Sistema e aperfeiçoá-lo de modo que cumpra a sua real função: auxiliar na prevenção.

A maioria dos Municípios brasileiros realiza a ação de vigilância sanitária de modo inexperiente, uma vez que esta é uma nova competência, e a qualificação do pessoal ainda é uma deficiência.

Cabe aos Municípios coordenar, regulamentar e executar ações locais de vigilância sanitária, conforme o seu porte e o tipo de habilitação à gestão do SUS.

Legislação

- Leis: 8.080/1990, 8.142/1990 e 9.782/1999.
- Portarias MS: 1.565/1994, 2.283/98, 204/2007, 1.052/2007, 1.998/07, 3.252/2009, 926/2012, 2.794/2012, 412/2013, 937/2013 e 959/2013.
- NOB SUS 01/1996.

2.17 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Descrição

A Vigilância em Saúde pode ser definida como o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a 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.

Cabe à Vigilância em Saúde o monitoramento e o controle de doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco.

Em 2003, ocorreu a ampliação e a normatização do conceito das vigilâncias em saúde pelo Ministério da Saúde. O Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) é uma proposta de integração institucional que articula ações da vigilância epidemiológica (incluindo a saúde do trabalhador), sanitária e ambiental.

O TFVS (nova denominação do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD) destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações de vigilância em saúde.

O Decreto 7.508/2011 foi editado com a intenção de trazer uma nova dinâmica de gestão, criando mudanças nas relações interfederativas, nos princípios e nas diretrizes organizativos do Sistema e, também, para estabelecer as ações de vigilância sanitária.

O Ministério da Saúde elaborou instrumentos normativos e operacionais necessários à sua implementação, incluindo as Diretrizes do Planejamento Regional e o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap) e isso repercutirá nas atividades de vigilância em saúde.

Em 2013, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) revisou a Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), visando a adequá-la à atual conjuntura normativa do SUS e ao quadro epidemiológico brasileiro. A metodologia adotada articula as diretrizes do Ministério da Saúde, expressas no Plano Nacional de Saúde 2012-2015, metas e indicadores prioritários para o SNVS à programação de ações relevantes para alcançá-las.

A Programação das Ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (ProgVS) para 2013-2015, organizada em dois eixos, possui instrutivo e instrumento com:

- I. Ações prioritárias do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde vinculadas ao Coap – este eixo refere-se às metas e aos indicadores do componente de Vigilância em Saúde integrantes do Coap, relacionando ações estratégicas a serem programadas para a consecução das metas definidas.

O Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) compreende o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicas e privadas, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: água para consumo humano; ar; solo; contaminantes ambientais e substâncias químicas; desastres naturais; acidentes com produtos perigosos; fatores físicos; e ambiente de trabalho.

As ações que constam do Instrutivo são sugestões das áreas técnicas da SVS, podem ser alteradas, de forma a expressar com maior exatidão a realidade local, com o objetivo de ampliar sua efetividade. No modelo elaborado pela SVS, cada ação possui um comentário técnico que visa a apresentar o contexto em que está inserida.

Para orientar a operacionalização das ações e seu acompanhamento, há dois campos destinados à sua quantificação: o primeiro refere-se à explicitação da Unidade de Medida a ser considerada; o segundo destina-se ao registro do quantitativo propriamente dito – número absoluto ou taxa ou proporção. O instrutivo obtém exemplos para orientar Estado e Municípios no preenchimento desses campos.

- II. Ações prioritárias para o Sistema Estadual ou Municipal de Vigilância em Saúde – neste eixo, Estados e Municípios podem programar ações de acordo com suas prioridades, utilizando a mesma metodologia empregada no Eixo I. Seu conteúdo deve estar de acordo com a situação de saúde da população local e de sua exposição a riscos de adoecimento.

Para a elaboração do programa de ações, orienta-se a discussão e o registro das atividades relacionadas às ações, de maneira que fiquem bem claras suas etapas, facilitando a identificação da unidade de medida e seu quantitativo correspondente.

A programação deve ser atualizada anualmente, no contexto da Programação Anual de Saúde, sendo parte integrante dela. A avaliação e o monitoramento das ações de Vigilância em Saúde são fundamentados no planejamento e na programação.

Nas regiões de saúde, as programações do Estado e dos Municípios serão referência para o planejamento e para a elaboração e pactuação da programação

regional, que deverá estar expressa no Quadro da Programação Regional do Sistema de Vigilância em Saúde, que compõe a documentação do Coap.

Financiamento

A regulamentação do financiamento é feita pela Portaria do MS 1.172/2004. O art. 14 da portaria aduz que o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) será disponibilizado aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal para execução das ações de Vigilância em Saúde.

Os valores disponíveis para cada unidade da Federação são definidos conforme população e área geográfica, sendo os valores destinados para a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais definidos no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado. No caso dos Municípios, é acrescentado um valor fixo por habitante, como incentivo para assumir a gestão das ações de Vigilância em Saúde.

As Unidades Federadas foram agrupadas em quatro estratos, tendo sido levadas em consideração as respectivas características epidemiológicas, populacionais, territoriais e as dificuldades para a execução das ações de prevenção e controle, conforme tabela abaixo:

Tabela 8 – Estrato dos valores do TFVS

Estrato	TFVS – Estados per capita (R\$/ Hab./ano)	TFVS – Estados Área (R\$/Km²)	INCENTIVO DESCENTRALIZAÇÃO (R\$/Hab./ano)	CONTRAPARTIDA SMS + SES (%)
1	4,23	3,00	0,48	20
2	2,98	2,04	0,48	30
3	1,88	1,20	0,48	35
4	1,84	1,20	0,48	40

Fonte: Site do Ministério da Saúde.

Estrato 1: AC/AM/AP/PA/RO/RR/TO/MA/MT;

Estrato 2: AL/BA/CE/ES/GO/MA/MG/MS/MT/PB/PE/PI/RJ/RN/SE;

Estrato 3: PR/SP;

Estrato 4: DF/RS/SC.

Os recursos do TFVS repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde têm a finalidade específica de financiar ações de vigilância em saúde, podendo ser utilizados tanto para custeio como para investimentos, observados os impedimentos e as adequações às legislações federal, estadual e municipal. Além disso, é vedada a superposição com os recursos acordados como contrapartida do Estado ou do Município, conforme preconizam a Portaria MS 1.172/2004 e a Portaria Conjunta SE/SVS 8/2004.

Posição da CNM

As atividades de vigilância em saúde são extremamente importantes para auxiliar a escolha das ações locais em saúde.

Não é uma atividade burocrática, é uma função de saúde pública e deve ser implementada com rigor, pois **se o canal de comunicação das vigilâncias em saúde no âmbito municipal e estadual não estiver em constante “manutenção/utilização”, o controle e a prevenção de certos agravos e doenças não poderão ser mais bem trabalhados na esfera da ação e da gestão pública.**

Nessas ações de intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos, é necessário que o Ministério da Saúde fomente o fortalecimento da vigilância em saúde no âmbito dos Municípios, pois a atividade da vigilância, do modo como é concebida hoje, é recente (década de 1990).

Assim, em vista do pouco tempo e da pouca experiência que os Municípios têm na temática, precisa-se do auxílio do governo federal para a adoção do conceito de risco nas

atividades da vigilância, a articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e a atuação intersetorial.

Legislação

- Portarias MS: 1.172/2004, 995/2012.
- Portaria Conjunta SE/SVS 8/2004.

2.18 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN)

Descrição

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) foi instituído em agosto de 1990, tendo como principais objetivos:

- a. Manter o diagnóstico atualizado de situação do País, no que se refere aos problemas da área de alimentação e nutrição que possuem relevância em termos de saúde pública;
- b. Identificar as áreas geográficas e grupos populacionais sob risco avaliando as tendências temporais de evolução dos problemas detectados;
- c. Reunir dados que possibilitem identificar e ponderar os fatores mais relevantes na gênese desses problemas;
- d. Oferecer subsídios ao planejamento e à execução de medidas para a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan) foi criado em setembro de 2006, com o objetivo de assegurar o direito humano à alimentação adequada, integrado por órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, afetas à segurança alimentar e nutricional.

As diretrizes do Sisan são:

- a. a promoção da intersectorialidade das políticas, dos programas e das ações governamentais e não governamentais;
- b. descentralização das ações e articulação, em regime de colaboração, entre as esferas de governo;
- c. monitoramento da situação alimentar e nutricional, visando a subsidiar o ciclo de gestão das políticas para a área nas diferentes esferas de governo;
- d. conjugação de medidas diretas e imediatas de garantia de acesso à alimentação adequada, com ações que ampliem a capacidade de subsistência autônoma da população;
- e. articulação entre orçamento e gestão;
- f. estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e à capacitação de recursos humanos.

O Ministério da Saúde, em dezembro de 2011, instituiu apoio financeiro aos Municípios e ao Distrito Federal para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), no Programa Academia de Saúde e Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Atenção Básica com adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

A medida visa a ampliar e qualificar a cobertura da Vigilância Alimentar e Nutricional no país, permitindo o diagnóstico individual e coletivo para subsidiar a organização da Atenção Nutricional nas Redes de Atenção à Saúde do SUS.

As UBS têm de possuir equipamentos antropométricos diferenciados para crianças menores de 2 anos e indivíduos acima desta faixa etária, sendo recomendado um conjunto básico de equipamentos composto por: antropômetro horizontal, antropômetro vertical, balança pediátrica, balança plataforma e fita antropométrica. Os polos do Programa Academia da Saúde devem ter um conjunto básico composto por antropômetro vertical, balança plataforma e fita antropométrica.

Financiamento

O incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde aos Municípios e Distrito Federal, fundo a fundo, em única parcela, anualmente, são os seguintes:

- a. R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) por cada polo do Programa Academia da Saúde contemplado com custeio para ações de promoção da saúde;
- b. R\$ 3.000,00 (três mil reais) por Unidade Básica de Saúde que possua equipe (s) de Atenção Básica com adesão ao Pmaq – AB homologada.

Posição da CNM

Para que um Município possa aderir a este programa, ele deve estar vinculado ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq), ou seja, mais uma vez o Ministério da Saúde cria um programa atrelado a outro, o que faz com que o Município que queira aderir a algum programa federal seja obrigado a aderir a outros programas, criando um emaranhado de ações e programas.

O valor de incentivo financeiro é repassado em parcela única anual, o que deve servir de alerta para os gestores que pretendam aderir ao programa, pois o valor repassado pelo Ministério não será suficiente para as ações que deverão ser executadas pelo Município.

Legislação

- Lei 11.346/2006.
- Portarias MS: 1.156/1990, 2.246/2004, 2.715/2011, 2.975/2011 e 3.156/2011.

3. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

3.1 SISTEMA DE MONITORAMENTO DE OBRAS (SISMOB)

O Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o intuito de monitorar todas as obras de engenharia e infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Academias da Saúde financiadas com recurso Federal, sendo a ferramenta para o gerenciamento de todas as fases da obra.

O Sismob possibilita comparativos do planejado e do executado de cada obra, assim como suas fases e etapas, podendo o gestor comparar o cronograma predefinido da obra, realizado por profissional especializado, com o andamento real, oferecendo uma visão financeira e executiva de toda a obra. Todo o histórico da obra juntamente com as imagens fotográficas poderá ser visualizado na série histórica que estará disponível no sistema.

O Sistema de Monitoramento de Obras permite que o gestor seja sinalizado por meio de alertas quando alguma etapa da obra estiver em caminho crítico ou em atraso, facilitando, assim, a alimentação do sistema e melhorando a qualidade da informação.

Passo a passo:

http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/PASSO_PASSO_25022013.pdf.

Esse sistema é mais uma manobra do Ministério da Saúde para manter controle em relação às atividades dos Municípios. O Ministério da Saúde não é um órgão de controle! No entanto, é necessário, sim, o Ministério acompanhar a execução dos programas, todavia, ter o mero controle sem considerar os indicativos que mostram algumas das

tantas dificuldades dos Municípios para rever o quantitativo financeiro, destinado às municipalidades, é pouco lógico. Observar, a partir desse controle, se o que está sendo repassado aos Municípios é suficiente ou não, seria a finalidade lógica e federativa desse processo.

Legislação

- Portarias MS: 2.206/2011, 2.838/2011 e 1.382/2012.
- Resoluções – RDC: 50/2002 e 51/2010.

3.2 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS)

Em 1999, foi editada a Portaria Interministerial MS/PGR 529 com a finalidade de designar uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

O Siops foi institucionalizado com a Portaria Conjunta MS/PGR 1.163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR 446, de 16 de março de 2004, sendo, atualmente, coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

Até o exercício 2012, o banco de dados do Siops é alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, por meio do preenchimento de formulário em *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus), com o objetivo de apurar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde. Com o advento da Lei Complementar 141/2012, a partir do exercício 2013, o registro de dados passa a ser obrigatório, inclusive para a União.

As informações contidas no Siops têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Muni-

cípios. Esses dados são provenientes do setor responsável pela contabilidade do Ente federado. Essas informações devem ser inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, por meio da internet.

O sistema, a partir das informações, gera indicadores. Um deles é o do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que demonstra a situação relativa ao cumprimento da Constituição Federal, da Emenda Constitucional 29/2000 com base nos requisitos da LC 141/2012.

Desde 2002, o demonstrativo de despesa com saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária previsto na Lei Complementar 101/2000 passou a ser gerado no Siops com base nos dados informados pelos Entes federados. Além de sua elaboração, o sistema disponibiliza diversos tipos de consultas, relatórios e indicadores.

O Siops pretende dar mais transparência em relação aos investimentos em saúde dos Entes federados para que os Conselhos de Saúde e a sociedade em geral possam acompanhar a aplicação dos recursos públicos.

As datas-limite para a transmissão de dados são:

- Fim do exercício 2012 – até 30 de janeiro de 2013;
- 1º bimestre 2013 – até 30 de março de 2013;
- 2º bimestre 2013 – até 30 de maio de 2013;
- 3º bimestre 2013 – até 30 de julho de 2013;
- 4º bimestre 2013 – até 30 de setembro de 2013;
- 5º bimestre 2013 – até 30 de novembro de 2013;
- 6º bimestre 2013 (fim do exercício 2013) – até 30 de janeiro de 2014.

Legislação

- Emenda Constitucional 29/2000.
- Leis Complementares: 101/2000 e 141/2012.
- Decreto 7.827/2012.
- Portaria MS 53/2013.
- Nota Conjunta MF/MS 14/2008.

3.3 SISTEMA DE GERENCIAMENTO TABELA UNIFICADA (SIGTAP)

O Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS é uma ferramenta de gestão que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência, detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos.

Possibilita a geração de relatórios conforme a necessidade do gestor e disponibiliza um informe mensal registrando as principais alterações realizadas na tabela, com as portarias correspondentes publicadas pelo Diário Oficial da União.

Todas as alterações estão contidas no TXT da tabela de procedimentos, que é disponibilizada no *site* «<http://sigtap.datasus.gov.br>» e é exigido para o registro da produção ambulatorial, hospitalar e de atenção básica e que irá alimentar todos os sistemas SIA, SIH e Cnes e, conseqüentemente, as versões desses sistemas.

A portaria com seu anexo que publica as alterações/atualizações dos atributos da tabela, por competência, está disponível, também, no endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sas.

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS está organizada em 4 (quatro) níveis de agregação:

I – GRUPO: é o primeiro nível de agregação da tabela. Em cada grupo, estão agregados os procedimentos com características gerais semelhantes ou de acordo com a finalidade do atendimento a ser prestado aos usuários na rede do SUS.

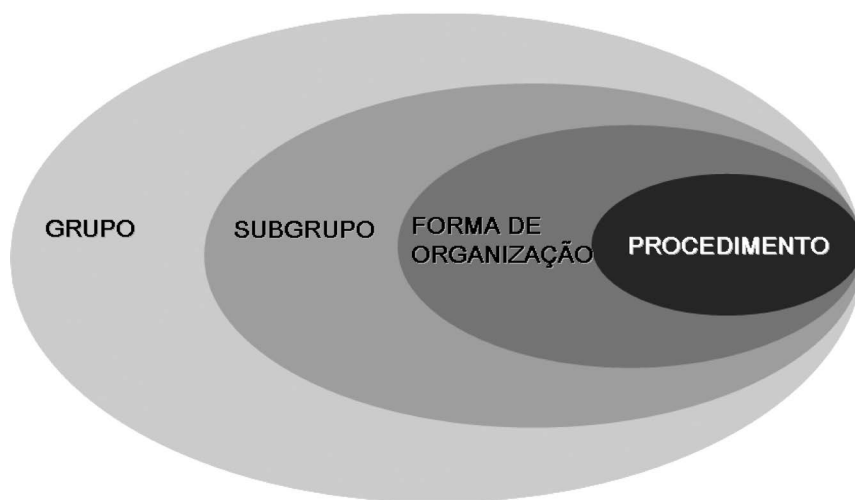
II – SUBGRUPO: é o segundo nível de agregação da tabela. Nos subgrupos estão agregados os procedimentos por tipo e/ou área de atuação.

III – FORMA DE ORGANIZAÇÃO: é o terceiro nível de agregação da tabela. Os procedimentos estão agregados por diferentes critérios: Região Anatômica; Sistemas do Corpo Humano; Especialidades; Tipo de Exame; Tipo de Órtese e Prótese; Tipo de Cirurgias, entre outros.

IV – PROCEDIMENTO: é o maior nível de desagregação da tabela ou quarto nível. É a “célula” do Sigtap. É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou do atendimento do usuário, no ambiente e, ainda, no controle ou no acompanhamento das ações complementares ou administrativas. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva.

Abaixo, um diagrama da estrutura usando a teoria dos conjuntos.

Figura 1 – Diagrama do Sigtap

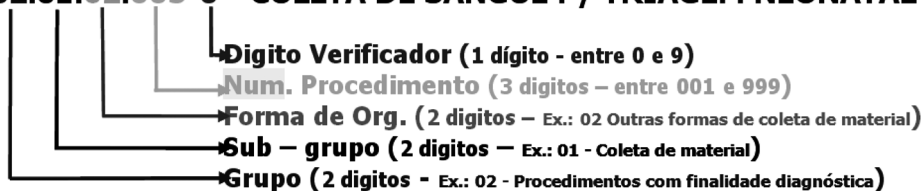


Fonte: Manual Técnico Operacional Sigtap – Ministério da Saúde.

Essa estrutura resulta em uma forma de codificação que permite a identificação do procedimento de forma mais direta e possibilita os ajustes necessários ao longo da linha do tempo conforme as necessidades das áreas técnicas. Abaixo, um exemplo direto dessa codificação.

Figura 2 – Exemplo de codificação

02.01.02.005-0 - COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL



Fonte: Manual Técnico Operacional Sigtap – Ministério da Saúde.

Resumidamente, o Sigtap tem as finalidades acima descritas, o Manual Técnico Operacional do Sigtap, elaborado pelo Ministério da Saúde, pode ser consultado no endereço eletrônico abaixo:

«http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIGTAP-WEB_08_08.pdf».

Legislação

- Portarias MS: 321/2007, 1.541/2007, 2.848/2007 e 436/2010.

3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR DESCENTRALIZADO (SIHD)

O SIHD é o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, informado mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações e consolidado pelos Municípios plenos e Estados que, após sua análise e aprovação, enviam ao Datasus – Rio para processamento.

Originalmente concebido para o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados pelo Inamps, em 1986, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS/AIH) foi estendido aos hospitais filantrópicos e, em 1987, aos universitários e de ensino. Em 1991, em vista da implantação do Sistema Único de Saúde e da transferência do Inamps para o Ministério da Saúde, o sistema foi renomeado como Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), sem sofrer modificações significativas em seus formulários de entrada de dados, fluxo de documentos e processamento, que continuou a ser realizado pela mesma equipe originária da Dataprev, embora também transferida para o MS e renomeada como Datasus. A mudança mais expressiva então ocorrida foi a sua extensão aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais, neste último caso somente aos da administração indireta e de outros Ministérios.

De 1991 em diante, diversas alterações foram incorporadas, destacando-se aquelas voltadas à descentralização do sistema de informações, a exemplo do que ocorria com o próprio sistema de saúde. São exemplos desse movimento, a implementação da AIH em disquete, a criação de aplicativos (Programa de Gestão Financeira – PGF e Sistema de Gerenciamento da AIH – SGAIH) que possibilitaram o controle dos gestores das esferas municipal e estadual do SUS sobre as “faturas” apresentadas por seus prestadores de serviços, e a criação novos instrumentos de tabulação para a análise dos dados, como o Tabwin e o Tabnet. Apesar disso, o processamento das AIH continua sendo feito de forma centralizada no Datasus, com a utilização de aplicativos que pouco evoluíram tecnologicamente desde o seu desenvolvimento na década de 1980.

O processamento centralizado do SIH dificulta a gestão local (estadual e municipal) no tocante ao controle dos tetos físicos e financeiros mensais, na relação com os prestadores, na imposição de previsão de faturamento discordante dos valores finais e na consequente emissão de extrato de pagamento da produção com valor líquido diferente do real creditado pelo gestor. A gerência e a autonomia do gestor no processo são bastante limitadas.

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde decidiu pela descentralização do SIH, através de novos *softwares* e do uso generalizado de microcomputadores e da internet. Todavia, para garantir o sucesso do SIH, deve haver a pactuação das regras do novo sistema pelas três esferas de governo, bem como a participação dos gestores estaduais e municipais em todas as etapas do seu desenvolvimento.

Dicionário de dados, manuais de operacionalização e demais informações sobre o SIHD pode ser obtido no *site* eletrônico:

<http://www2.datasus.gov.br/SIHD/manuais>.

Legislação

- Portarias MS: 373/2010, 682/2010, 737/2010 e 3.462/2010.

3.5 SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS (SIA/SUS)

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de 1990, visando ao registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por intermédio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). O SIA é um sistema que gerencia informações referentes ao atendimento ambulatorial e subsidia os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) é o sistema que, operacionalizado pelo gestor local, processa toda a informação de produção ambulatorial da Atenção Básica e Especializada realizada pelos prestadores do SUS.

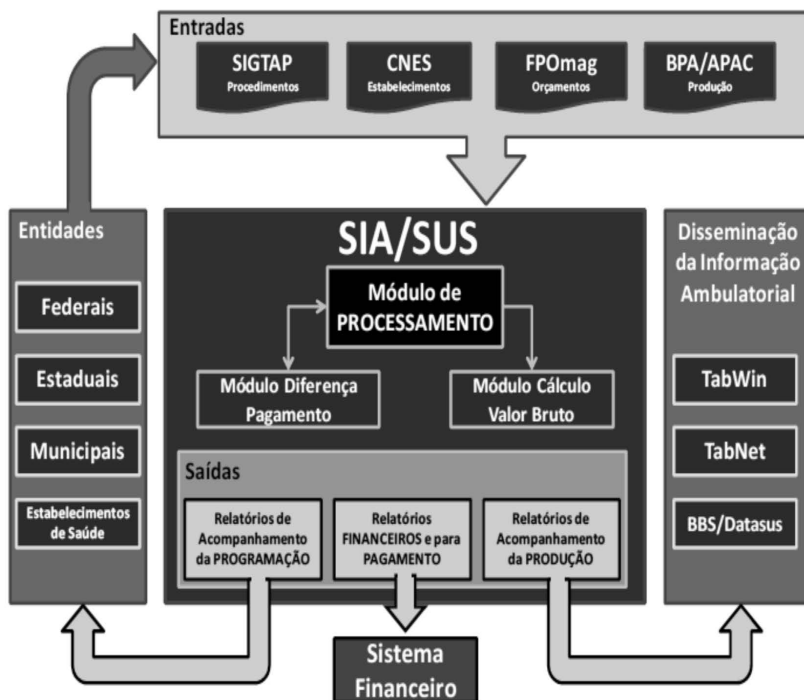
O sistema tem como principais funcionalidades:

- a. importar o cadastro dos estabelecimentos de saúde através do DE-PARA;
- b. permitir importar a programação física orçamentária efetuada por meio do aplicativo FPO-Mag, instituído pela Portaria SAS/MS 496/2006, em consonância com a Programação Pactuada Integrada (PPI), bem como de acordo com

- a capacidade instalada, a partir de parâmetros de consulta médica, fator 17.6;
- c. importar a produção ambulatorial proveniente do BPA-Mag ou APACMag;
- d. processar a produção ambulatorial, consistindo os dados com os atributos da tabela de procedimentos com os dados de cadastro e da programação orçamentária;
- e. consolidar a informação ambulatorial para posterior disseminação pelo Datasus;
- f. gerar relatórios com valores brutos para o setor financeiro.

Processamento da informação do atendimento no SUS:

Figura 3 – Diagrama do processo completo de processamento ambulatorial e os sistemas envolvidos



Fonte: Manual Técnico Operacional SIA – Ministério da Saúde.

Significados das abreviações:

1. DE-PARA: Aplicativo auxiliar que efetua a comunicação do Cnes com o SIA. Através deste as informações dos estabelecimentos de saúde são alimentadas nos bancos de dados do SIA para execução do processamento.
2. Ficha de Programação Orçamentária Magnética (FPO-Mag): é o aplicativo que possibilita ao gestor local registrar a programação física orçamentária ambulatorial, de cada estabelecimento de saúde, que presta atendimento ao SUS. A programação deve estar coerente com a PPI e baseada em contrato/convênio com o SUS.
3. Boletim de Produção Ambulatorial Magnético (BPA-Mag): Aplicativo de captação do atendimento ambulatorial no qual são registrados os procedimentos de atenção básica (AB) e média complexidade (MC). É composto por dois módulos de captação: BPA consolidado (BPA-C) e BPA individualizado (BPA-I).
4. Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Magnética (APACMag): Aplicativo de captação do atendimento ambulatorial no qual são registrados os procedimentos que exigem autorização prévia do gestor local para sua execução pelo estabelecimento de saúde. Neste módulo, é digitada a maioria dos procedimentos da alta complexidade (AC) e alguns da média complexidade (MC).

Resumidamente o SIA/SUS tem as finalidades acima descritas, o Manual Técnico Operacional SIA/SUS, elaborado pelo Ministério da Saúde, pode ser consultado no endereço eletrônico abaixo:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Operacional_SIA_2010.pdf

Legislação

- Portarias MS: 637/2005, 496/2006, 768/2006, 321/2007, 719/2007, 1.541/2007 e 2.848/2007.

3.6 SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH/SUS)

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) por intermédio da Portaria GM/MS 896/1990.

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços.

Com a descentralização dos serviços de saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e os conceitos do SIH/SUS, necessários ao processamento. Desde a Portaria GM/MS 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (Datusus/SE/MS). A Portaria GM/MS 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para Estados, Distrito Federal e Municípios plenos.

Com a unificação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS – Sigtap, em janeiro de 2008, definida pela Portaria SAS/MS 2.848/2007. Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) processa informações para efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, através da captação de dados em disquete das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) relativas às internações/mês.

A sua finalidade é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS e, a partir desse processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o nível Federal recebe mensalmente uma base de dados de todas as inter-

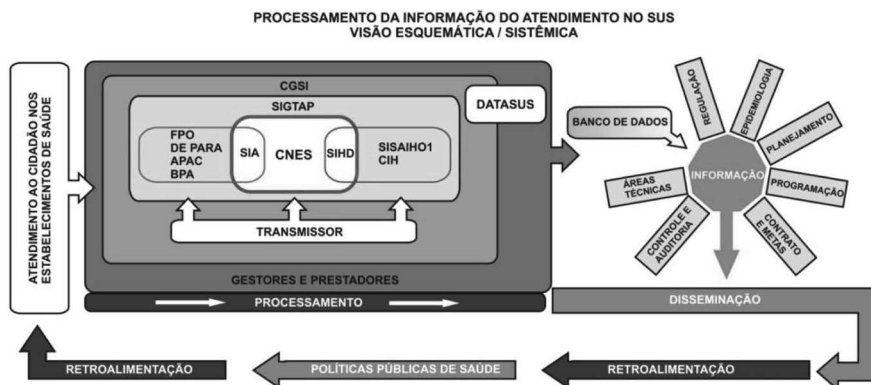
nações autorizadas (aprovadas ou não para pagamento) para que possam ser repassados às Secretarias de Saúde os valores de Produção de Média e Alta complexidade, além dos valores da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC), do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (Faec) e de Hospitais Universitários – em suas variadas formas de contrato de gestão.

O sistema tem como principais funcionalidades:

- a. qualificar a informação em saúde a partir do registro dos internamentos nos estabelecimentos de saúde do SUS;
- b. reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), que é compatibilizado durante o processamento do SIH/SUS;
- c. orientar quanto a regras, críticas e processamento do SIH/SUS implantados a cada competência;
- d. auxiliar o corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática que lidam com o registro da internação hospitalar, operam o sistema e utilizam documentos;
- e. disponibilizar relatórios gerenciais para os gestores e prestadores.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento solicita a Autorização para Internação Hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o Laudo para Solicitação de AIH. Processamento da informação do atendimento no SUS:

Figura 4 – Diagrama do processo de processamento da informação do atendimento



Fonte: Manual Técnico Operacional SIH – Ministério da Saúde.

Resumidamente, o SIH/SUS tem as finalidades acima descritas, o Manual Técnico Operacional SIH/SUS, elaborado pelo Ministério da Saúde, pode ser consultado no endereço eletrônico abaixo:

ftp://ftp2.datasus.gov.br/public/sistemas/dsweb/SIHD/Manuais/MANUAL_SIH_SE-TEMBRO_2012_VERSAO_DIA_30_09_12.pdf

Legislação

- Portarias MS: 821/2004 e 2.848/2007.

3.7 CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde foi instituído pela Portaria MS/SAS 376/2000, decorrente de acordo junto à Comissão Intergestores Tripartite, a PT 376 permaneceu em consulta pública até dezembro de 2000. Com a incorporação das sugestões recebidas dos gestores estaduais e municipais do SUS e da sociedade em geral, editou-se, em 29/12/2000, a PT/SAS 511/2000, que passou a normatizar o processo de cadastramento em todo Território Nacional.

O Sistema surgiu para tentar atender aos anseios de quem necessitava de informações de saúde para poder elaborar trabalhos e estudos, tanto no aspecto operacional quanto gerencial, com a ideia de que os dados cadastrais seriam pontos fundamentais na elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no País.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, objetiva propiciar ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando a auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

O Cnes visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas.

Ocorre que o Sistema não atingiu os seus objetivos, pois os dados cadastrados nem sempre correspondem à realidade da assistência à saúde.

Para cadastrar o estabelecimento de saúde, o administrador do estabelecimento deve entrar em contato com o gestor local, Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal, o qual é o responsável pelo cadastramento e manutenção dos estabelecimentos junto ao Cnes.

O acesso às informações do Cnes pode ser acessado através do endereço eletrônico A a seguir: <http://cnes.datasus.gov.br/>

Legislação

- Portarias MS: 376/2000, 1.370/2012, 22/2013 e 498/2013.

3.8 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é alimentado, principalmente, pela notificação e pela investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a Estados e Municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no Estado de Minas Gerais ou difilobotríase no Município de São Paulo.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. Foi desenvolvido com a ideia de auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

O Sinan pode ser operacionalizado no nível administrativo mais periférico, ou seja, nas unidades de saúde, seguindo a orientação de descentralização do SUS. Caso o Município não disponha de computadores em suas unidades, o Sinan pode ser acessado nas secretarias municipais, regionais de Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde.

A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Este instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A comunicação das SES com a

SVS deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano.

Caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, as unidades precisam preencher o formulário de notificação negativa, que tem os mesmos prazos de entrega. Esta é uma estratégia criada para demonstrar que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alerta para a ocorrência de tais eventos e evitar a subnotificação.

Além da Ficha Individual de Notificação (FIN) e da Notificação Negativa, o Sistema ainda disponibiliza a Ficha Individual de Investigação (FII), que é um roteiro de investigação, que possibilita a identificação da fonte de infecção e os mecanismos de transmissão da doença. Ainda constam a Planilha e o Boletim de acompanhamento de surtos e os Boletins de acompanhamento de Hanseníase e Tuberculose.

Legislação

- Portarias MS: 2.325/2003, 5/2006 e 104/2011.

3.9 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em 1990 com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da Federação e em muitos Municípios já apresenta um número de registros maior do que o publicado pelo IBGE, com base nos dados de Cartório de Registro Civil.

Por intermédio desses registros, é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do Sinasc permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada em todo o País.

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), Nascido Vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida da placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

No caso de gravidez múltipla, deve ser preenchida uma DN para cada produto da gestação, ou seja, para cada nascido vivo.

A Declaração de Nascido Vivo (DN) é impressa em três vias previamente numeradas, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Análise da Situação de Saúde (Dasis – SVS). O documento é distribuído gratuitamente às secretarias estaduais de saúde, que o fornecem às secretarias municipais de saúde. Essas secretarias, por sua vez, repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios.

Dependendo se o parto for hospitalar ou domiciliar, cada uma das três vias da DN terá um fluxo diferente, de acordo com Portaria 20, de 3 de outubro de 2003, da SVS, descrito a seguir:

Partos Hospitalares:

- A 1ª via permanece no estabelecimento de saúde até ser coletada, por busca ativa, pelos órgãos estaduais ou municipais responsáveis pelo sistema;
- A 2ª via, utilizada para o registro do nascimento, conforme determina a Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Após o registro, o cartório do registro civil reterá esta via para seus procedimentos legais;
- A 3ª via será arquivada no estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto, em

princípio no prontuário do recém-nascido. Essa via poderá ser utilizada, também, para a localização das parturientes e dos recém-nascidos, visando ao planejamento de ações específicas de saúde.

Partos Domiciliares:

No caso de partos domiciliares com assistência médica ou por profissional de saúde, a DN será preenchida pelo profissional responsável que deverá dar a seguinte destinação:

- 1ª via: secretaria municipal de saúde;
- 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao cartório do registro civil, o qual reterá o documento, conforme determina a Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Após o registro, o cartório do registro civil reterá esta via para seus procedimentos legais;
- 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em unidade de saúde. (Poderá ser arquivada no estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto, em princípio no prontuário do recém-nascido. Essa via poderá ser utilizada também para a localização das parturientes e dos recém-nascidos, visando ao planejamento de ações específicas de saúde).

No caso dos partos domiciliares sem assistência médica, a DN será preenchida pelo cartório de registro civil e terá a seguinte destinação:

- 1ª via: cartório de registro civil, até ser recolhida pela secretaria municipal de saúde;
- 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao cartório de registro civil, o qual reterá o documento;
- 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta na unidade de saúde.

As secretarias municipais de saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se, inclusive, das equipes de Saúde da Família,

dos agentes comunitários de saúde e parteiras tradicionais. As secretarias municipais deverão consolidar e avaliar seus bancos de dados e encaminhá-los, mensalmente, às secretarias estaduais de saúde.

Nas secretarias estaduais de saúde, os dados são processados por Município de ocorrência e posteriormente criticados. Os dados consolidados são encaminhados para a Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE/Dasis/SVS/MS). Esses dados são consolidados em esfera nacional para análise e disponibilização pelos meios usuais (internet, no *site* do Datasus, mídia eletrônica e atendimento de solicitações de informações pelo *e-mail* simsinasc@saude.gov.br).

Legislação

- Lei 6.015/1973;
- Decreto 4.726/2003;
- Portarias MS: 20/2003, 1.929/2003 e 16/2004.

3.10 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Datasus para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no País. A partir da criação do SIM, foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações, é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e dos programas na área.

A transmissão de dados é realizada por meio da ferramenta Sisnet – Datasus/MS, gerando a tramitação dos dados de forma eletrônica entre os três níveis da Federação, é realizado *backup on-line* dos níveis de instalação.

O documento básico e essencial à coleta de dados da mortalidade no país é a Declaração de Óbito (DO), documento que alimenta o SIM.

A responsabilidade na emissão da DO é do médico, conforme prevê o art. 115 do Código de Ética Médica, art. 1º da Resolução 1779/2005 do Conselho Federal de Medicina e a Portaria SVS 116/2009. A Declaração de Óbito deve ser enviada aos Cartórios de Registro Civil para liberação do sepultamento, bem como para a tomada de todas as medidas legais em relação à morte.

A Declaração de Óbito é impressa e preenchida em três vias pré-numeradas sequencialmente. Sua emissão e distribuição para os Estados são de competência exclusiva do Ministério da Saúde. A distribuição para os Municípios fica a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde. Às Secretarias Municipais de Saúde cabe o controle na distribuição das DO entre os estabelecimentos de saúde, Institutos de Medicina Legal, Serviços de Verificação de Óbitos, Cartórios do Registro Civil, profissionais médicos e outras instituições que dela façam uso legal e permitido. Compete às Secretarias de Saúde (Estado e Municípios) o recolhimento das primeiras vias da Declaração de Óbito, junto aos Estabelecimentos de Saúde e aos cartórios.

As Declarações de Óbitos (DO) são preenchidas pelas unidades notificantes do óbito, normalmente no local de ocorrência do óbito e recolhidas pelas Secretarias Municipais de Saúde. Nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Declarações de Óbito são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no SIM local. Em seguida, os dados informados pelos Municípios sobre mortalidade no nível local são transferidos à base de dados do nível estadual que os agrega e envia-os ao nível federal. Tais transferências são realizadas via web (internet) e ocorrem, simultaneamente, nos três níveis de gestão.

Legislação

- Portaria MS 116/2009.

Posição da CNM

Após análise detalhada dos sistemas de informática do governo federal que integram o SUS, pode-se observar que existe uma dispersão no que concerne ao manuseio e à

disponibilização das informações. Segundo o Datasus, o Ministério da Saúde tem 46 sistemas e aplicativos, divididos em 10 categorias, isso demonstra a fragmentação dos sistemas de informação.

O Ente municipal tem de “alimentar” vários sistemas, e, em alguns casos, as informações são repetidas em mais de um banco de dados.

A complexidade em relação às ferramentas também é um dificultador operacional. Outro ponto relevante é o acesso à internet: a maioria dos Municípios brasileiros de pequeno porte não tem acesso à rede mundial de computadores, o acesso à telecomunicação é um condicionante da qualidade da informação.

Os investimentos, por parte do Ministério da Saúde, em Tecnologia da Informação (TI) são altíssimos, dando origem a auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas da União. Dentro desse rol, um dos programas de TI que mais chamam a atenção é o Cartão SUS, que desde a sua criação tem a pretensão de identificar a base de usuários do SUS e registrar dados dos atendimentos prestados. Os investimentos no cartão já estão em R\$ 325,59 milhões.

Em que pese tenha ocorrido esse maciço investimento no cartão, o TCU identificou problemas nesse processo de implementação que já perdura mais de uma década:

- a. insuficiência de infraestrutura de TI;
- b. inviabilidade do CNS em alguns Municípios;
- c. inviabilidade da compensação financeira entre Municípios;
- d. ausência de informações sobre o atendimento médico no registro eletrônico de saúde;
- e. crescimento dos custos do projeto e possível desperdício de recursos públicos;
- f. aquisições sem planejamento;
- g. falhas de planejamento,
- h. comprometimento dos prazos para implementação.

Além disso, a Corte de Contas da União identificou a ausência de elementos de engenharia de *software* relativos aos sistemas SIA e SIH, em especial, a ausência sistematizada das regras de negócio e diagramas arquiteturais dos *softwares*.

O TCU observou, ainda, mais irregularidades no âmbito da TI de Farmácias Populares:

- a. monitoramento e controle do MS limitados;
- b. falta de pessoal (3 servidores, à época);
- c. indícios de fraudes;
- d. vendas de CPFs de pessoas registradas no Cadastro de Óbitos;
- e. diversas vendas no intervalo de 1 hora para o mesmo CRM.

As informações apresentadas referentes aos dados do Tribunal de Contas foram extraídas do documento “Atuação do TCU na avaliação dos sistemas informatizados do Ministério da Saúde”, apresentado à Subcomissão Especial destinada a discutir a informatização da Saúde no Brasil, pela Secretaria Secex Saúde.

4. DADOS EM SAÚDE: ONDE ACESSÁ-LOS?

O acompanhamento das informações e dos dados em saúde deve ser feito periodicamente. Para isso, é essencial acompanhar o Datasus, que disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

A mensuração do “estado de saúde” da população é uma tradição e uma necessidade em saúde pública. Esse “estado” é mensurado a partir das informações Epidemiológicas, de Morbidade e dos determinantes populacionais. Dentro dessa dinâmica dos dados em saúde, são contemplados os dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, que passaram a ser métricas utilizadas na construção de indicadores de saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde.

Dentro desse “universo de dados”, também são encontradas informações sobre Assistência à Saúde da população, os cadastros (Rede Assistencial) das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações Demográficas e Socioeconômicas.

No que tange à Mortalidade e à Morbidade, os dados são encontrados no *link*: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. E os dados sobre morbidade, doenças, estado nutricional e outros agravos, no *link*: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.

Os dados sobre os indicadores são visualizados no *link*: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>.

Já os dados referentes à produção ambulatorial e procedimentos hospitalares são encontrados no *link*: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>.

Os dados sobre os recursos físicos, humanos, equipes médicas e assistência médico-sanitária podem ser visualizados no *link*: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>.

Os dados referentes à população residente, sexo, faixa etária, situação de domicílio (sensos), educação (sensos: analfabetismo, escolaridade), trabalho e renda, proporção de idosos, PIB *per capita* municipal, abastecimento de água, instalações sanitárias, coleta de lixo etc, poderão ser visualizados no *link*: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>.

Outro canal de informação bastante útil é a Sala de Apoio à Gestão Estratégica: <http://189.28.128.178/sage/>.

No que diz respeito à Saúde Suplementar, são apresentados dados importantes sobre os serviços referentes à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no *link*: <http://www.ans.gov.br/>.

4.1 NOÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia é uma ferramenta básica da saúde pública voltada para a compreensão do processo saúde-doença no âmbito de populações. É importante destacar que a epidemiologia fundamenta-se no raciocínio causal (ou seja, o que dá causa a determinados contextos de saúde) e preocupa-se com o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas para a proteção e a promoção da saúde da comunidade. A epidemio-

logia é um instrumento para o desenvolvimento de políticas no setor da saúde e que considera as realidades locais. “Epidemiologia é o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde, em específicas populações, e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde.” (J. LAST, 1995).

O conhecimento das taxas constitui ponto de fundamental importância para as ações do poder público. O padrão de ocorrência dos eventos relacionados ao processo saúde-doença diz respeito à distribuição desses eventos, segundo características: do tempo (tendência em um período, variação sazonal etc.), do lugar (distribuição geográfica, distribuição urbano-rural etc.) e da pessoa (sexo, idade, profissão, etnia etc.). A epidemiologia oferece subsídios para a implementação de ações dirigidas à prevenção e ao controle.

A epidemiologia descreve a frequência e a distribuição desses eventos e compara sua ocorrência em diferentes grupos populacionais, com distintas características demográficas, genéticas, imunológicas, comportamentais, de exposição ao ambiente e outros fatores, assim chamados fatores de risco. O perfil epidemiológico oferece evidências suficientes para a implementação de medidas de prevenção e controle dos riscos e agravos à saúde, ou seja, é uma fonte de informações para aprimorar a assistência à saúde. Para acessar esses dados epidemiológicos, é essencial fortalecer a vigilância (em especial a epidemiológica) na área da saúde. Outra fonte de dados é o Datasus, disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

5. FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A temática do financiamento da saúde ainda é uma das grandes fragilidades da saúde pública.

Na Constituição de 1988, a saúde foi consagrada como um direito, entretanto, o financiamento não foi resolvido. Posteriormente, a Emenda Constitucional 29 de 2000 estabeleceu os mínimos a serem investidos pelos Estados e pelos Municípios e vinculou a necessidade de lei complementar para disciplinar a matéria. Essa lei complementar veio em 2012, a LC 141.

Essa lei reitera os percentuais de financiamento em saúde estabelecidos na EC 29/2000 e estabelece critérios de suspensão das transferências de recursos federais. Prevê, ainda, a reposição dos valores não aplicados anualmente; define o critério de rateio dos recursos da União e dos Estados com os Municípios – coloca fim aos incentivos e não resolveu o cerne do problema e a previsão Constitucional: a vinculação de percentual a ser investido pela União! Sem percentual definido, os repasses do governo federal ocorrem, sob seu critério e medida, a partir de uma série de programas criados pelo Ministério da Saúde. Esses programas estabelecem várias exigências (ver item 2. Principais programas federais) e têm repasses de valores mínimos aos Municípios que não cobrem a implementação e tampouco a manutenção dos programas, gerando um enorme déficit, que é custeado pelos Municípios.

Os arts. 17 a 19, da LC 141/2012, mostram um significativo avanço na definição dos mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal e das esferas estaduais aos Municípios com base na redução das disparidades regionais de saúde.

Devem ser considerados alguns fatores:

- as necessidades de saúde da população;
- as dimensões epidemiológicas;
- as dimensões demográficas;
- as dimensões socioeconômicas;
- as dimensões espaciais;
- a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, aqueles complementados pelo art. 35 da Lei 8.080/1990.

A LC 141/2012 estabeleceu a compatibilidade entre a saúde (Fundo de Saúde) e os instrumentos de planejamento orçamentário, o PPA, a LDO e a LOA (art. 30, § 1º):

O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

Os gestores municipais devem divulgar, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, as prestações de contas periódicas da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade (art. 31). Isso atende, também, à lei de transparência.

A realidade do financiamento está fragilizada, tendo em vista que só restou definido percentual de vinculação de investimento em saúde para os Municípios, Estados e Distrito Federal.

Historicamente, especialmente a partir do marco da municipalização da saúde, são os Municípios que sustentam a efetivação do direito à saúde.

A participação da União no financiamento da saúde é irrisória e fragmentada, gerando vulnerabilidades no sistema e recursos insuficientes para realizar os inúmeros programas do governo federal.

Para fiscalizar se os Estados, o Distrito Federal ou os Municípios estão investindo os mínimos constitucionais, existem órgãos de controle e sistemas de informação. No entanto, sabe-se que a União sequer corrige a defasagem em relação ao PIB (Produto Interno Bruto) para tentar minimizar o déficit no financiamento da saúde.

Assim, pergunta-se: como se averigua o quanto a União (não) investe?

5.1 FUNDOS DE SAÚDE

Considerando o conteúdo da LC 141, observa-se que os recursos da União devem ser repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o Ministério da Saúde, para então serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios há de se realizar, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

A inovação da lei consiste no Fundo de Saúde, que deverá ser instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas do Ministério da Saúde.

Dentro da lógica da LC 141, é preciso observar que:

1. unidade gestora “é a unidade orçamentária ou administrativa investida do poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sobre descentralização”; e

2. unidade orçamentária “é um segmento da administração direta a que o orçamento consigna dotações específicas para a realização de seus programas de trabalho e sobre os quais exerce o poder de disposição”.

Assim, com a obrigatoriedade de os fundos de saúde serem unidades orçamentárias, aqueles que não o são, haverão de sê-lo. Exceção à regra, conforme redação do art. 14, ficam ressalvados os recursos que se destinarem às unidades vinculadas às suas secretarias de saúde, conforme ocorre com as autarquias e as fundações, que são unidades vinculadas e supervisionadas. Os recursos (dos Entes da administração indireta) devem ser repassados a essas entidades e não aos fundos de saúde, ainda que todos esses recursos devam ser contabilizados na saúde.

ATENÇÃO:

Todos os recursos transferidos e próprios devem estar no fundo de saúde e acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde (EC 29, art. 7º, § 3º).

Com relação à dinâmica dos fundos, é obrigatório que os recursos próprios municipais sejam colocados dentro do Fundo de Saúde (Lei 8.080, art. 33, e Lei 8.142, art. 4º, inc. V). A gestão do Fundo Municipal de Saúde é do secretário de Saúde (CF. 198, inc. I, e Lei 8.080, art. 9º; art. 32, § 2º; e art. 33, § 1º) [Ver art. 50 da Lei de Responsabilidade Fiscal].

Fundamentos jurídicos para o Fundo Municipal de Saúde:

- inc. IX do art. 167 da Constituição Federal;
- nas Leis Orgânicas da Saúde: 8.080/1990 e 8.142/1990;
- art. 71 a 74 da Lei Federal 4.320/1964;
- EC-29/2000; e
- art. 14 da Lei Complementar 141/2012.

Na Conta Especial/FMS, serão depositados e movimentados os recursos financeiros do sistema, sob a fiscalização do Conselho de Saúde (art. 33 da Lei 8.080/1990 e incs. I e V do art. 4º da Lei 8.142/1990 e Lei Complementar 141/2012).

Conforme a legislação, os fundos deverão ser separados do caixa geral (inc. I, art. 50, LRF); o ordenador de despesa é o secretário de Saúde; e as despesas integram a contabilidade geral, com geração de relatórios individuais para demonstração da origem e a aplicação dos dinheiros movimentados pelo Fundo.

IMPORTANTE:

- O Fundo só pode pagar despesas que estejam explícitas no fundo de saúde e no PAS/PS.
- Qualquer despesa nova tem de ser incluída no plano e aprovada no conselho. Só o fundo paga despesas de saúde. Nenhum outro setor da prefeitura pode pagar sem que os recursos tenham sido passados para o fundo.
- Não se pode pagar com dinheiro federal dos blocos: encargos trabalhistas, construções novas, aposentados (inativos), auxílios e subvenções, assessorias feitas pelos próprios funcionários.
- **VEDAÇÃO!** Conforme o art. 28 de LC 141/2012, são vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometem a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde. Assim, está proibido o contingenciamento orçamentário e financeiro sobre os recursos vinculados à saúde.

5.2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E DAS AÇÕES DE REGRESSO

A judicialização da saúde é o fenômeno pelo qual o cidadão, detentor do direito à saúde (art. 196, CF/1988), busca a concretização desse direito, por meio da tutela judicial. Diante da inefetividade do direito à saúde, o indivíduo pode demandar, individualmente ou coletivamente, contra o poder público na sua forma *lato sensu*.

Como o Município é o Ente mais próximo da população, acaba por ser o maior demandado, mas deve-se lembrar que **é dever de todos os Entes da Federação concretizar o direito à saúde.**

Não é possível eliminar a judicialização, visto que a saúde é um direito social-fundamental, e, diante de alguma demanda atrelada à saúde, o Poder Judiciário não poderá se negar a analisar.

Contudo, é viável diminuir o impacto sanitário-financeiro da judicialização na saúde pública. Para isso, é preciso focar nas políticas públicas de saúde, bem como nas estratégias de enfrentamento das principais demandas sanitárias da comunidade local (os determinantes sociais de saúde são um bom instrumento), além de capacitar os procuradores municipais, especialmente no que concerne à figura processual do chamamento ao processo, bem como às ações de regresso.

Como exposto anteriormente, geralmente, o maior demandado é o Município, que responde, na via judicial, por prestações que não são de sua responsabilidade, em face das pactuações de saúde.

A ação de regresso é uma tentativa de obter o ressarcimento dos valores investidos indevidamente, ou seja, como a prestação do direito à saúde é solidária (todos os Entes são responsáveis), qualquer um deles pode ser demandado. Assim, as ações de regresso têm a finalidade de “cobrar” dos outros Entes o valor atinente ao que o Município gastou de modo indevido.

O direito de regresso supõe três sujeitos na relação processual: o sucumbente, ou seja, aquele que perde um bem ou direito (no caso o Município que perde erário); o vitorioso, aquele que recebe o bem ou direito perdido pelo sucumbente; e o devedor de regresso (o Estado ou a União, dependendo do arranjo político sanitário), aquele que tem a obrigação da recompor, no todo ou em parte, o patrimônio do sucumbente.

De modo geral, pode-se dizer que há direito de regresso nos casos em que alguém (o Município), pelo fato de satisfazer direito de outrem (do cidadão), adquire direito de reembolso contra terceiro (o Estado ou a União).

5.3 PISOS SALARIAIS

A regulamentação da matéria dos pisos salariais é de competência de cada Ente federado, os Estados tem a Lei Complementar 103/2000, que, no seu art. 1º, estabelece a possibilidade de os Estados criarem seus pisos salariais, desde que não interfiram nos Municípios.

Nesse caso, a incompetência do Congresso é nítida: quando o Congresso legisla sobre os pisos, desconsidera, por completo, as peculiaridades financeiras de cada região.

Em um país com dimensões continentais, as diferenças regionais são muito acentuadas. As necessidades e as possibilidades de cada Ente municipal são distintas. É válido destacar que, além dos valores propostos pelos pisos, o Ente municipal ainda arcará com os encargos sociais e trabalhistas, ou seja, o valor gasto efetivamente será ainda maior.

Outro ponto importante é o fato que o Congresso está apreciando projetos de lei para estabelecer pisos para diversas categorias profissionais da área da saúde, isso gerará um **impacto nas finanças municipais que será histórico!** Isso comprometerá a efetivação do direito à saúde na esfera municipal e os maiores prejudicados serão os cidadãos, pois ou o Município pagará os pisos ou manterá os serviços de saúde.

Observe o impacto dos pisos, conforme levantamento da CNM:

Tabela 9 – Projetos de Lei de pisos salariais

Projeto de Lei	Categoria	Valor do Piso (Projeto)	Valor Piso Reajustado (fev.)*	Quantitativo Profissionais Brasil	Quantitativo Profissionais Municípios	Valor Ano Brasil**	Valor Ano Municípios**
2.750/11	Médico	9.000,00	9.000,00	256.618	35.369	37,17	5,01
5.979/09	Fisioterapeuta	4.650,00	4.986,00	67.966	20.075	5,45	1,57
5.979/09	Terapeuta Ocupacional	4.650,00	4.986,00	9.410	2.730	0,76	0,21
4.924/09	Enfermeiro	4.650,00	5.823,24	193.164	102.972	18,10	9,43
4.924/09	Técnico de Enfermagem	2.325,00	2.911,62	273.911	88.533	12,83	4,05
4.924/09	Auxiliar de Enfermagem	1.860,00	2.329,30	291.280	113.542	10,92	4,16
4.924/09	Parteira	1.860,00	2.329,30	448	353	0,02	0,01
6.681/09	Agente Endemias	1.020,00	1.089,00	35.631	35.274	0,62	0,60
6.681/09	Agente Comunitário	1.020,00	1.089,00	280.146	278.417	4,91	4,77
5.439/09	Nutricionista	4.650,00	4.965,00	23.530	10.289	1,88	0,80
2.880/08	Cuidador	817,5	1.017,00	3.005	2700	0,05	0,04
1.187/11	Técnico Saúde Bucal	1.020,00	1.284,00	3.149	2.429	0,07	0,05
5.359/09	Farmacêutico	4.650,00	5.853,00	27.588	8.500	2,60	0,78
Totais				1.465.846	701.183	95,37	31,51
* Reajuste conforme estabelecidos nos Projetos de Lei.							
** Valores em Bilhões de reais.							

Fonte: Site do Ministério da Saúde e Área Técnica da CNM.

6. COAP: LIMITES E POSSIBILIDADES

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap) é um contrato de “colaboração” firmado entre os Entes federativos, no âmbito de uma região de saúde, a fim de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde.

A justificativa do Ministério da Saúde para a apresentação desse contrato era garantir a integralidade da assistência à saúde da população, com definição de responsabilidades de cada um dos Entes.

A criação do Coap está prevista no Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990 e que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A pretensão do contrato organizativo é excluir os incentivos (programas), ou seja, eliminar a fragmentação das ações de saúde.

No Coap, são definidas as responsabilidades individuais e solidárias dos Entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde.

Esse é o aspecto utópico do Coap, na prática, o contrato só apresenta responsabilidade e metas para os Municípios e sequer enfrenta a questão do financiamento para adimplir as metas propostas.

O Ministério da Saúde alega que o instrumento – contrato – é dotado de segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os Entes federativos e que se busca efetivamente a garantia do direito à saúde da população brasileira, finalidade do SUS. No entanto, essa segurança serve tão somente ao Ministério da Saúde, que cada vez mais se distancia do comprometimento com a saúde. A normatização do contrato (Decreto 7.508/2011) prevê a instituição de regiões de saúde no País, sendo que cada Estado é formado por mais de uma região, instituídas pelos Estados em articulação com os seus Municípios, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços, em redes de atenção à saúde, como estratégia para garantir o acesso resolutivo e de qualidade, a efetivação do processo de descentralização e a redução de desigualdades regionais.

O Decreto determina, ainda, os detalhes de organização da Região de Saúde que deve ser capaz de garantir um conjunto de atendimentos de baixa, média e alta complexidade, organizados mediante a conjugação de serviços, recursos financeiros e planejamento integrado, entre os Entes federativos.

Atualmente, estão constituídas 435 regiões de saúde no país, sendo que 24 destas firmaram o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: 20 no Ceará e 4 no Mato Grosso do Sul.

A proposta do Ministério da Saúde é que o contrato seja assinado pelos prefeitos e secretários municipais de saúde, pelos governadores e secretários estaduais de saúde e pelo ministro da saúde.

IMPORTANTE:

Caso as suas pactuações não sejam efetivadas (inclusive as metas e os indicadores), o gestor (prefeito) poderá ser executado na via judicial!

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa sinalizou, no *Encontro Nacional dos Novos Prefeitos e Prefeitas* (Janeiro/2013), que o Ministério da Saúde pretende realizar alguns ajustes no Coap. Isso será crucial para que o ele dê certo de fato, pois se a pretensão é eliminar os programas (a fragmentação) por meio dessa ação, é necessário que ele seja revisto para que haja a adesão.

O Coap precisa ser revisto, revisado na íntegra, com o objetivo de rever os seus termos, em especial no que tange às responsabilidades, ou seja, devem ser revistas e divididas conforme o pacto federativo. As metas e os indicadores também carecem de revisão, tendo em vista que desconsideram as peculiaridades de cada região.

O Coap foi criado por ato do governo federal, sem que houvesse a participação dos outros Entes da Federação, o que demonstra a verticalização das políticas públicas da saúde, de cima para baixo, indo de encontro ao que determina a legislação da saúde.

O contrato não trouxe nenhum incremento financeiro aos Municípios, apenas inclui os programas federais, tornando obrigatório o cumprimento das metas estabelecidas naqueles programas, sem que os Municípios tenham participado da elaboração.

7. PRESTAÇÃO DE CONTAS

7.1 RECURSOS FUNDO A FUNDO

Os Municípios recebem os recursos federais através de repasses fundo a fundo e por meio de convênios, recursos esses que devem prestar contas ao Ente federal.

A prestação de contas dos recursos recebidos fundo a fundo se dá por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), que é um instrumento fundamental para o acompanhamento e a avaliação das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde; e que exerce, ainda, a função de instrumento para acompanhar a execução da gestão da saúde.

A base para o RAG é o Plano de Saúde, ou seja, é necessário que haja dimetria entre aquilo que foi proposto no Plano e aquilo que está sendo apontado no RAG.

É válido destacar que o gestor municipal deve permitir a verificação da aplicação dos recursos financeiros da saúde aos órgãos de controle interno e externo, inclusive ao controle social. O Relatório de Gestão deverá ser aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde, isso é essencial.

É preciso considerar, também, a Lei Complementar 141/2012. Conforme seu art. 36, o gestor elaborará Relatório detalhado (RAG) referente ao quadrimestre anterior, contendo, no mínimo:

- I. montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II. auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III. oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada

e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Prazos:

A Lei estabeleceu no § 1º do art. 36 o prazo de 30 de março para que o gestor encaminhe os seus Relatórios de Gestão (RAG) do exercício anterior para apreciação do Conselho de Saúde, que deverão analisar e deliberar para envio à CIB e CIT até 31 de maio.

Deverão ser realizadas audiências quadrimestrais onde serão apresentados os Relatórios de Gestão parciais ao Conselho de Saúde para aprovação.

7.2 CONVÊNIOS

Os atos e os procedimentos relativos à formalização, à execução, ao acompanhamento, à prestação de contas e às informações acerca de tomada de contas especial dos convênios e termos de parceria, firmados com base no Decreto 6.170/2007, na Portaria Interministerial 127/2008 e na Portaria Interministerial 507/2011, serão realizados no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (Siconv).

O Siconv foi criado pelo Decreto 6.170/2007, estando previsto no art. 13.

O Tribunal de Contas da União já havia se manifestado quanto à necessidade de um sistema que pudesse integrar todos os procedimentos relacionados aos convênios federais, constante dos Acórdãos 788/2006 e 2.066/2006.

A prestação de contas, parcial ou final, relativa a convênios celebrados anteriormente a 30 de maio de 2008 segue as regras da Instrução Normativa da Secretaria do Tesouro Nacional 1/1997.

A prestação de contas dos recursos recebidos após essa data, celebrado tendo como base as Portarias 127/2008 e 507/2011, deverá seguir as regras dispostas nos respectivos diplomas legais.

Informações sobre o Siconv podem ser acessadas no endereço eletrônico abaixo:
<https://www.convenios.gov.br/portal/>.

Legislação:

- Lei Complementar 141/2012.
- Decretos: 1.651/1995 e 6.170/2007.
- Portarias Interministerial: 127/2008 e 507/2011.
- Portaria MS: 3.332/2006, 3.176/2008 e 3.462/2010.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É válido destacar que, diante do emaranhado de programas que o governo federal oferta, a saúde é construída de modo verticalizado; o Ministério da Saúde impõe as políticas de saúde (mascaradas), não são políticas de fato, são programas de cunho político. Esses programas são fragmentados, interdependentes, tendo em vista que um “amarra o outro”, ou seja, para aderir a um programa, é preciso ter aderido a outro e fragiliza técnica, operacional e financeiramente a gestão municipal.

Os programas da forma em que são concebidos elidem a autonomia municipal, pois os prefeitos são quase que obrigados a aderir aos programas para receberem pequenos valores do Ministério da Saúde e, em função disso, acabam aderindo ao regramento do MS, que desconsidera a tomada de decisão local. As regras são impostas, não há participação do Município no pensar da política, tampouco na tomada de decisão.

Os repasses do governo federal para a implementação e manutenção dos programas **são insuficientes!** Os Municípios precisam **avaliar as suas realidades locais** e verificar se precisam aderir aos programas ou então criar suas próprias políticas de saúde. A atual regulamentação engessa a gestão municipal, apresentando exigências que na prática dificultam a operacionalização dos programas, ferem a autonomia municipal e podem gerar **responsabilidades judiciais e administrativas aos gestores.**

A condução da política pública do país, por parte do Ministério da Saúde, joga a responsabilidade de concretização do direito à saúde nas mãos dos Entes municipais e cada vez mais se distancia dessa tarefa. Há um afastamento e uma redução na participação financeira. Não há estratégia que se ajuste à realidade dos Municípios, pois os programas são padronizados para o Brasil todo, desconsiderando as peculiaridades de cada região.

Efetivar a saúde, na esfera municipal, demanda organização, planejamento e conhecimento acerca da realidade de saúde do Município. É preciso, ainda, conhecer os dados e os condicionantes de saúde locais para traçar as estratégias e as ações de saúde. Para efetivar a saúde no Município, não é obrigatório vincular-se aos programas do governo federal, é possível, sim, fazer saúde na esfera municipal sem os programas federais, para isso, basta fortalecer a autonomia municipal!

Fazem parte da pauta de reivindicação municipalista da Área da Saúde da CNM, junto ao governo federal, os seguintes pleitos:

- a. reajuste dos valores dos programas federais repassados aos Municípios;
- b. na ocasião da adesão dos Municípios, exclusão dos critérios de obrigatoriedade de prévio vínculo com outros programas federais;
- c. por fim, a fragmentação das informações em saúde, por meio da criação de um único sistema de informática que atenda a todas atividades de saúde.

A CNM sugere aos gestores municipais a adoção de alguns importantes procedimentos prévios à adesão de programas federais:

- a. realizar um levantamento de todos os dados da área de saúde do Município e da sua regional de forma sistêmica e informatizada, a fim de mapear o perfil epidemiológico e a estrutura existente (pessoal, econômica e física);
- b. verificar qual a necessidade de pessoal para atender ao programa federal, visto que o programa pode sofrer alterações ou até mesmo ser cancelado, arcando o Município com o ônus das contratações;
- c. avaliar os custos para a implantação e a implementação dos programas federais, em relação a pessoal, a encargos sociais, à construção e ao mobiliário de unidades, à manutenção predial e de equipamentos, entre outros;
- d. verificar se todas as exigências dos programas podem ser realmente atendidas;
- e. avaliar a real necessidade de aderir ao programa federal – lembre-se de que essa deve ser uma decisão com base estritamente técnica.



Veja mais publicações na biblioteca do Portal CNM:

www.cnm.org.br