

Sessões Temáticas

de Instrumentalização das Equipes Gestoras em Saúde **2010**

MÓDULO 4

Gestão de Atenção à Saúde no Município

PARCERIAS



SESAP-RN

Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN



Sistema de Planejamento do SUS

Ministério da Saúde



REALIZAÇÃO



CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

APRESENTAÇÃO

Após os inúmeros avanços ocorridos nos últimos anos no âmbito da Saúde em nosso país, os maiores desafios que se apresentam hoje, são aqueles de ordem gerencial e assistencial que repercutem diretamente sobre a saúde da população, bem como, aqueles voltados ao fortalecimento das políticas públicas que viabilizem estruturas organizacionais resolutivas e recursos financeiros, em todas as esferas de governo, compatíveis com a importância que o setor saúde tem e a sua relação sobre a qualidade de vida das pessoas, deixando de ser um componente periférico e assumindo definitivamente seu espaço como eixo central do processo de desenvolvimento do país.

Os processos de gestão de um sistema de saúde é muito complexo e requer constante aprimoramento de conhecimentos, bem como, de ferramentas que atendam as constantes exigências conjunturais. Nessa perspectiva, há no mercado uma afeição por profissionais capacitados, considerados verdadeiros experts em gerenciamento da saúde, preparados academicamente ou com mais frequência formados no cotidiano da administração de um órgão municipal de saúde.

O presente curso é voltado para você, dirigente (secretário, diretor, coordenador, técnicos de órgãos gestores da saúde), utilizando-se uma metodologia simples e eficaz, de alta qualidade, capaz de compensar seu esforço e acima de tudo o compromisso com a construção do SUS, tendo sido planejado para suprir as necessidades das pessoas envolvidas no processo de gestão nas diferentes realidades regionais e locais.

Nossa expectativa com esse curso não é pequena, mais do que capacitar gestores públicos de saúde, pretendemos iniciar um novo relacionamento e o compromisso do COSEMS/RN no processo de produção de conhecimento marcado pela horizontalidade e a capacidade de converter experiências vividas em conhecimentos acumulados a serviço da sociedade.

Solane Maria Costa

Presidente do COSEMS/RN

Divaneide Ferreira de Souza

Coordenadora Pedagógica

ESTRUTURA PEDAGÓGICA DO CURSO

O curso está organizado de acordo com uma estrutura pedagógica padronizada em todas as Sessões Temáticas. Assim, mesmo uma sessão sendo independente da outra o ideal é que a sua participação seja integral para que você possa apreender todos os conteúdos de forma seqüencial, favorecendo um maior acúmulo de conhecimento.

Cada Sessão Temática terá duração de 12 horas, equivalendo a um dia e meio de atividades, distribuído em dias seguidos (sextas e sábados), intercalada a cada 15 dias.

Ao final de cada sessão você deverá apresentar o produto inerente a cada tema interrelacionando com sua agenda prioritária de gestão. Fará também jus a um certificado comprobatório da carga horária inerente a cada Sessão Temática.

CORPO DOCENTE E PARCERIAS

O corpo docente é formado por profissionais de ensino e serviço que irão compartilhar conhecimentos científicos e da rotina do serviço, unindo a teoria à prática, objetivando a instrumentalização e incorporação do saber para a aquisição de uma nova rotina, partindo da realidade concreta do sujeito para um processo de abstração do conhecimento, tendo como base o diálogo entre o monitor e o gestor.

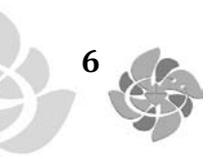
A Coordenação geral do curso está sob a tutela do COSEMS/RN, tendo como parceiros o Ministério da Saúde, através do PlanejaSUS, Secretaria de Estado da Saúde Pública e Secretarias Municipais de Saúde do RN. A estrutura organizacional é composta por Coordenação Geral, Coordenação Pedagógica, Coordenação Administrativa e instrutores.

MATERIAL DIDÁTICO

O material foi elaborado em caráter autoinstrucional, em seis volumes, cujos conteúdos estão voltados para atender as reivindicações explícitas por vocês gestores e apresentados de maneira clara e compreensível para que haja o maior aproveitamento na rotina diária representando perfil adotado para o curso.

EMENTAS E CALENDÁRIO DAS SESSÕES TEMÁTICAS

As unidades são divididas em seis sessões temáticas.



CALENDÁRIO

DATA	SESSÕES TEMÁTICAS	REGIÕES	LOCAL	COORDENADORES/ INSTRUCTORES
1ª Sessão Temática				
16 e 17 abril	Planejando a Saúde no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Terezinha Rego Coordenadora
23 e 24 abril		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
07 e 08 maio		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
2ª Sessão Temática				
07 e 08 maio	O SUS e as Políticas de Saúde do Brasil	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Mariza Sandra Coordenadora
14 e 15 maio		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
20 e 21 maio		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
3ª Sessão Temática				
21 e 22 maio	Gestão Administrativa e Financeira do SUS no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Eleonora Castim Coordenadora
04 e 05 junho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
18 e 19 junho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
4ª Sessão Temática				
18 e 19 junho	Gestão de Atenção à Saúde no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Goretti Cunha Coordenadora
18 e 19 junho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
02 e 03 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
5ª Sessão Temática				
02 e 03 julho	Gestão Participativa e Controle Público	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Marcelo Dantas Coordenador
09 e 10 julho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
16 e 17 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
6ª Sessão Temática				
16 e 17 julho	Gestão do trabalho e Educação na Saúde	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Aldenisia Albuquerque Coordenadora
23 e 24 julho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
30 e 31 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	

4ª SESSÃO TEMÁTICA

Gestão da Atenção à Saúde no Município

Coordenador do Grupo: Maria Goretti Fernandes da Cunha

Colaboradores: Cláudia Frederico/Lavínia Uchoa/Solane Costa/Sueldo Queiroz

Público Alvo: Gestores municipais e membros de equipes gestoras.

Carga Horária: 12 Horas

EMENTA

Integralidade do cuidado em saúde. Níveis de atenção à saúde. Atenção primária e a Política Nacional de Atenção primária (Portaria 648/2006). Vigilância em Saúde (Portaria 3252/2009). Organização do cuidado em redes. Estruturação de linhas de cuidado.

OBJETIVOS

Pretende-se com o desenvolvimento deste módulo da sessão temática:

- Refletir sobre o modelo de atenção do município, enfatizando a atenção primária e a promoção da saúde.
- Compreender a relação entre a atenção primária e as áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade, objetivando adequada implementação de suas ações em busca da integralidade do cuidado.
- Discutir as diretrizes para a integração entre atenção primária e vigilância em saúde.
- Discutir conceitos de redes de atenção à saúde e sua organização sistêmica, visando a articulação e adequação dos serviços para atendimento à população e para a promoção da saúde.

METODOLOGIA

As atividades serão desenvolvidas em momento presencial, sendo seu formato de organização fundamentado nas experiências acumuladas dos participantes, com articulação permanente entre saber e práxis.

Aulas expositivas dialogadas para apresentação e problematização dos conteúdos. Realização de debates, trabalhos em grupo, estudo de caso e aplicação prática dos conteúdos.

AVALIAÇÃO

A avaliação será contínua, durante todo o desenvolvimento do módulo. Os aspectos a serem observados compreendem: o interesse do participante, a assiduidade, a participação no cumprimento das atividades, além da pertinência das discussões questionada junto ao grupo. Serão priorizadas as impressões verbais dos participantes.

PROGRAMAÇÃO – SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES

DATA	HORA	ATIVIDADE/TEMA	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA
1º Dia	08h00min	Credenciamento e entrega de material	
	09h00min	Dinâmica dos participantes e da proposta da sessão temática	
	09h30min	Concepção do grupo sobre os temas a serem trabalhados na sessão	Trabalho em grupo Perguntas norteadoras
	10h30min	Intervalo	
	10h45min	Discussão de texto: Integralidade como orientação da saúde	Leitura interativa em grande grupo
	12h00min	Almoço	
	14h00min	Atenção integral a saúde	Exposição dialogada
	15h45min	Intervalo	
	16h00min	Desafios da Operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, no dia a dia da gestão (Portaria 648GM/MS 2006) e sugestões para sua superação.	Discussão em pequenos grupos. Apresentação em plenária e síntese da discussão em forma de painel
2º Dia	08h00min	Filme Saúde da Família (15 anos)	
	8h30min	Vigilância em saúde com foco na portaria 3252GM/MS 2009	Exposição dialogada
	10h00min	Intervalo	
	10h15min	Organização do cuidado em redes e a estruturação de linhas de cuidado	Leitura dialogada em grande grupo
	11h45min	Avaliação do Módulo	

TEXTO 1:

INTEGRALIDADE COMO ORIENTAÇÃO DA SAÚDE

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Educação na Saúde. Integralidade como orientação da saúde. IN: **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro/RJ, 2005. pag. 93-102

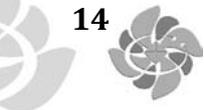
Viver não é apenas existir, mas arrancar da existência da vida, onde ela está aprisionada, equilibrada, estabelecida, submetida a uma forma majoritária, a uma gorda saúde dominante. Diante disso, a vida como palpitação, ardência, a ser liberada.

Peter Pál Pelbart

Sem desejar esgotar as discussões sobre os sentidos e impressões acerca da integralidade, este texto se propõe a colocar em cena algumas reflexões ou problematizações sobre o tema. Ele é um convite a exploração de algumas possibilidades de compreensão da integralidade e das implicações para a organização da atenção em saúde e também para a gestão setorial, para a participação popular e o exercício do controle social em saúde e para a formação e educação permanente na área.

A estrutura racionalista e das verdades científicas, presente desde a nossa entrada na sociedade dos “tempos modernos” nos impõe modos frios, rígidos e regradados de ser, sentir, agir, pensar e estar nos coletivos, no trabalho ou na vida.

Esse modo de ser, sentir, pensar, agir e estar impõe uma existência pautada pela regularidade, que se afirma no igual e abomina a diversidade de modos de existir, pondo em ação uma prática pedagógica de “saber mais sobre o mesmo”, isto, e de conhecer mais daquilo que já conhecemos e não o desconhecido; de aprofundar os termos com que aprendemos a aprender, mas não aprender a desaprender esses termos para ousar invenções de conhecimento (pelo comportamento afetivo diante das coisas; pelo desenvolvimento da sensibilidade para entender o outro, o mundo e as coisas, pelo espírito criativo e investigativo que cada vez mais - só vemos nas crianças) e de evitar a educação que não interroga/não põe em dúvida, de fato, a realidade.



A vida que se afirma, nesse caso, é linear, regular e livre de “afecções”, evitando as dúvidas, a criação ou a invenção. Tal forma de entender e organizar a vida ou de estar na vida, deve-se, em grande parte, a ciência positiva, que pretendeu ensinar a compreender os comportamentos do todo a partir das propriedades de suas partes. Dividir ou repartir em pequenos espaços, a fim de conhecer e explicar fenômenos: tendência a compartimentar o corpo, o trabalho e a vida em sistemas hierárquicos. O desenho ou arranjo organizacional que tem correspondido e dado corpo a essas práticas está bem representado pela pirâmide que é sustentada por uma base que faz, mas não cria e que tem no seu topo, na direção ou gerência, os espaços de comando, controle e criação.

As práticas em saúde, constituídas nessa perspectiva, centram-se em um conjunto de técnicas e procedimentos ou na medicalização das doenças. A saúde, assim produzida, passa a ser um “bem” a serviço da reprodução, - conservação - da sociedade e do status quo das relações sociais e a doença passa a ser um mal que deverá ser sanado a qualquer custo. Assim, a educação popular em saúde passa a ser informativa, corretiva e indicativa de práticas de higiene e do cuidado de si e o efeito produzido e a separação ou dualidade entre corpo e pensamento, saúde e doença, normal e patológico.

A expressão da relação saúde-doença é colocada numa correlação binária de oposição, como certo e errado, bem e mal, bom e mau, em que a doença e a falta de saúde e o rompimento da harmonia e do equilíbrio humano e a saúde e seu perfeito equilíbrio e enquadramento nas normas padronizadas pela fisiologia ou biologia; como vimos desde o início desta unidade e está abordado, enfaticamente, na Unidade de Aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde.

O vetor programático ou a Saúde pública campanhista de que falávamos nos desenhos organizativos da atenção parece evidenciar essa lógica. Os veículos de comunicação (TV, radio, outdoor,s etc) e as campanhas, de modo geral, colocam em movimento, por períodos determinados, ações de alcance nacional com temáticas bem específicas, voltadas para públicos bem específicos (mulheres, idosos ou crianças, por exemplo) que alimentam a noção de Saúde-doença como acesso ou falta de informação, como cumprimento ou abandono de regras de vida, como fator individual e de decisão pessoal. São, geralmente, ações de caráter preventivo, às vezes, com distribuição de recursos e que implicam mobilização nacional, com farta distribuição de materiais - cartazes, folderes e, se for o caso, vacinas, seringas, etc.

“Pacotes de capacitação” são, também, colocados em cada campanha/programa. A cada programa de assistência ou prevenção, um programa de educação que implicará a realização de uma “qualificação” de profissionais, “reciclagem” das equipes de saúde, “supervisão” da implantação das ações e “mobilização” de multiplicadores. Assim, reproduz-se uma cadeia de comando vertical de execução programática.

É possível perceber dicotomias e hierarquizações na organização da atenção, da gestão, da participação social e da formação em saúde? Como?

No que se refere aos atuais desafios do sistema de Saúde, é possível perceber que essa “cadeia reprodutiva” perde sentido. A priorização de alternativas e práticas que valorizem o encontro entre profissionais de Saúde, gestores, movimentos sociais, usuários e profissionais responsáveis pela formação, parece evidenciar práticas e perspectivas de mudança e reversão das noções “aplicadas” para produzir noções “implicadas”.

Se, por um lado, há todo um investimento no uso de tecnologias cada vez mais avançadas para a realização de exames e intervenções clínicas, por outro lado, parece haver, ainda, forte necessidade de trazermos os usuários para o centro das “cenas” de gestão e de atenção a saúde.

Na discussão sobre os desenhos organizativos da atenção, vimos que o centro das abordagens technoassistenciais variam: centro em programas, em rotinas, em procedimentos, nos hospitais, nos profissionais etc. Certamente, tal situação aponta para a necessidade de redução no distanciamento constatado na relação trabalhadores-usuários, isto é, entre aqueles que portam algum tipo de necessidade que precisa ser satisfeita (usuários e aqueles que podem, por meio de suas habilidades e conhecimentos, ofertar estratégias para a satisfação de parte dessas necessidades (trabalhadores/profissionais/ pessoal da saúde). Colocar os usuários como centro da gestão e da atenção e o primeiro caminho para a integralidade.

REDES, SISTEMAS E INTEGRALIDADE: POSSIBILIDADES DE ENCONTRO

Cuidar da Saúde de alguém implica competências, habilidades técnico-científicas, mas isso não é tudo: é preciso estar preparado e disponível para o diálogo com interesses de natureza estética, emocional e moral, entre outros, que são muito distintos. Nesse sentido, temos de estabelecer a possibilidade de, na atenção da Saúde, realizar mais “bons encontros” do que práticas curativistas de doenças, desconfortos, comportamentos ou orientações pessoal-subjetivas.

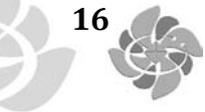
Você concorda que essa perspectiva já exista na saúde? Como você percebe a educação permanente para o desenvolvimento de outras habilidades necessárias aos “bons encontros”?

Se, por um lado, nos constituímos como cidadãos, como profissionais ou como trabalhadores numa perspectiva racional-científica que produz fragmentação, por outro, acompanhamos, também, as provocações e os efeitos de mudança nesse paradigma. As idéias sobre redes e sobre a perspectiva sensível-aproximativa da realidade para detectar processos sociais podem produzir novidades não somente nos modos de compreensão científica, mas também sobre a organização da vida, do trabalho e, mais especificamente, sobre as formas de atenção, gestão, participação social e formação para a área da Saúde.

A proposta e a constituição do SUS corresponde um conceito de Saúde que implica a complexidade, a diversidade e a amplitude da produção da vida humana. Tal como definido na lei, o SUS deve buscar dar conta de pensar e organizar um sistema de Saúde que corresponda ao conceito mais abrangente de Saúde como expressão da qualidade de vida.

Leia o Capítulo II da Constituição Federal de 1988 que discute a questão da saúde e a Lei Orgânica da Saúde – (Lei 8.080/90 e Lei 8142/90). Você identifica os fatores explicativos da integralidade no texto das leis? Em que aspectos?

Mattos (2003) chama-nos a atenção para o fato de que a disputa pela reforma sanitária brasileira produziu um dos sentidos da integralidade que é o que está gravado na Constituição Federal: a não aceitação de uma política voltada para a oferta de serviços assistenciais descompromissada com as consequências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população, bem como a não aceitação do ordenamento de um sistema descontextualizado das necessidades e dos problemas de Saúde das pessoas e da população.



Apenas com assistência não seria possível reduzir a magnitude da maioria das doenças. Por isso a integralidade deve estar presente nas práticas de atenção, nos princípios da gestão e na organização das políticas de Saúde.

Na disputa pela reforma sanitária, assistiu-se a recusa ao pensamento de que políticas de atenção exclusivamente assistenciais poderiam melhorar a situação de Saúde. Destacou-se a importância da formulação de políticas de Saúde e não apenas os dispositivos de coordenação e gestão do sistema de serviços. A configuração desejada ao Sistema Único de Saúde deveria envolver o arranjo das instituições/instâncias de formulação das políticas de saúde e de condução da implementação dessas políticas.

Descentralização da gestão setorial, integralidade da atenção à Saúde e participação popular com poder deliberativo constituem as diretrizes do SUS, configurando caminhos e formas para a rede definida pela Constituição Federal de 1988 (Art. 198). Essas diretrizes devem indicar os processos e os modos de gestão e a organização do trabalho e das práticas cotidianas. A cada diretriz correspondem possibilidades distintas, mas entrecruzadas, estabelecendo-se rotações de eixo e produção de sentidos.

Colocada essa perspectiva, talvez seja importante e pertinente pensarmos um pouco sobre o sentido ou os sentidos que estamos dando a integralidade. Começamos por uma definição básica, afirmando que a integralidade é um dos princípios constitucionais e um dos pilares do SUS. Refere-se tanto as pessoas quanto ao sistema de Saúde, reconhecendo-se que cada qual constitui uma *singularidade* com capacidade/poder de introduzir sentidos que “inovam” os sentidos anteriores. A participação muda a atenção e gestão; a gestão muda a atenção e a participação; a atenção muda a participação e a gestão.

Cada pessoa constitui um todo e é membro de uma coletividade; as ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde, da mesma forma, constituem-se em um todo, não podendo ser compartimentalizadas senão para efeito didático. As unidades constitutivas do sistema configuram também um todo, capaz de propor-se, ou não, como atenção integral. Para Mattos (2001), a integralidade não é apenas um princípio constitucional, mas uma bandeira de luta, pois se refere a um conjunto de princípios que apóiam a perspectiva de construção de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Pelo menos três grandes conjuntos de sentidos podem ser identificados para compreender a integralidade: aqueles que a definem como atributo e valor das práticas de cuidado e prestação de serviços de Saúde; aqueles que a definem como critério de qualidade e de avaliação para a organização da rede de ações e serviços e aqueles que a definem como explicação das respostas governamentais (as políticas) aos problemas de Saúde.

A identificação da integralidade com as práticas de cuidado e prestação de serviços de Saúde poderia ser resumida como “prática da boa medicina”/“traço da boa prática profissional”. Esse traço de “boa prática profissional” estaria ligado a não reduzir o usuário aos aparelhos e sistemas do corpo e a criar espaços de encontro entre o trabalhador de Saúde e o usuário, para que esse possa ser ouvido em todas as suas demandas, lançando mão de todas as tecnologias disponíveis para ampliar a capacidade de atenção.

A produção de cuidado de Saúde, nessa perspectiva, requer o concurso de tecnologias de diferentes naturezas: equipamentos e registros materiais disponíveis, conhecimentos de que cada trabalhador é portador (núcleos de saberes e de práticas) e o recurso as redes de apoio social

para a ajuda pontual ou para a ampliação da autonomia das pessoas e coletividades.

Ações cuidadoras sustentadas pela integralidade deveriam estar presentes na preocupação e na prática de todos os trabalhadores, articulando as ações de promoção e as de prevenção, ações voltadas à identificação de riscos, aquelas ligadas ao sofrimento imediato do usuário e as de acolhimento e desenvolvimento da autodeterminação.

Pensando sem eu cotidiano, você poderia identificar encontros marcados pela preocupação da integralidade, enquanto traço de “boa prática profissional”?

Merhy (1997) destaca a importância do investimento nas tecnologias da interação, da escuta e do olhar que consideram acolhimento e produzem autonomia. Para o autor, essas “tecnologias leves” permitem e potencializam que a organização do trabalho esteja centrada no “trabalho vivo”: possibilidade de produção de compromisso e implicação na produção do trabalho e dos encontros. A atenção, nessa perspectiva, pode se configurar como dispositivo para respostas criativas no momento do encontro trabalhador-usuário e igualmente no encontro trabalhador-trabalhador, que sempre é singular (Mishima et al, 2003).

Como vimos na discussão sobre os desenhos tecnoassistenciais, os modos tecnológicos de atuar em Saúde estão sempre relacionados, social e politicamente, com determinados agrupamentos de força, que tem interesses específicos no que se está produzindo. Isso quer dizer que cada conformação tecnológica impõe suas finalidades nos processos de produção.

O modelo de saúde hegemônico, por exemplo, expressa interesses sociais que desenhem um certo modo tecnológico de operar a produção dos atos em Saúde. Esse modelo empobrece ou mesmo anula a dimensão da integralidade, subjugando a clínica à baixa interação com os usuários, bem como a menor produção de autonomia dos mesmos. Esse modelo, também promove a submissão dos processos decisórios sobre a organização do sistema de Saúde a busca da padronização do processo Saúde-doença, à focalização das intervenções e ao arranjo dicotômico entre “cestas” de ações básicas e filas para serviços altamente especializados.

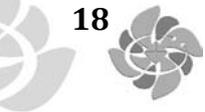
Dessa forma, fragmentam as populações sob assistência, os cuidados a serem assegurados, os padrões de acesso aos serviços e as tecnologias, as práticas multiprofissionais e tudo o mais que compete contra a integralidade.

A identificação da integralidade com a organização dos serviços e das práticas de Saúde busca uma necessária e efetiva horizontalização e articulação entre as ações programáticas presentes nos serviços de Saúde. A integralidade como parâmetro contribui para quebrar a dicotomia entre as ações de Saúde pública e as assistenciais, assim como o distanciamento e a cisão entre as áreas especializadas.

Nesse sentido, a integralidade pode ser tomada como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, permitindo a ampliação da leitura e intervenção sobre os problemas enfrentados pelos usuários. A organização dos serviços se daria também no sentido de realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem.

Para pensar e sentir:

Como você se vê como agente de transformação das práticas de cuidado à Saúde, de gestão, e de participação social e de formação? É possível, em seu cotidiano, espaços em



que se analisem e se articulem as necessidades de saúde à organização da produção de cuidados? Como se dão? Você percebe os sentidos da integralidade na organização da gestão em saúde?

A identificação da integralidade as respostas governamentais a determinados problemas de Saúde ou às necessidades de certos grupos específicos levaria a definição de políticas de atenção e não mais o “programa de assistência” ou “ação programática” para grupos específicos. Essas políticas de atenção consideram ações tanto na perspectiva preventiva quanto assistencial numa direção de contextualizar os grupos sociais atendidos e buscando a ampliação de seus direitos. Para tanto, faz-se necessária a abertura de espaços coletivos de escuta e busca de alternativas às demandas sociais por saúde.

O trabalho em Saúde exige o desafio de, no ensino e na prática assistencial, trabalharmos com a possibilidade de potencializarmos a escuta e a construção coletiva das equipes, em ato. Implica o encontro das diversas competências dos trabalhadores que se voltaram para a produção de cuidados e de uma gestão que faça sentido na vida coletiva. Trabalho que exige rever as relações de poder e mesmo de onipotência de cada trabalhador para que se construa o trabalho em equipe com a intercessão e a articulação de conhecimento e competências e com a criatividade de diferentes membros da equipe.

Todos os sentidos da integralidade trazidos até aqui parecem evidenciar a necessidade de constituição de equipes multiprofissionais, com caráter interdisciplinar. A integralidade implica mudanças nas relações de poder entre os profissionais de Saúde, para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais e entre os profissionais de Saúde e os usuários, para que se amplie efetivamente a autonomia dos usuários e coletividades.

Essa compreensão coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental e uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de Saúde, capazes de atender toda e qualquer necessidade dos usuários, mesmo as não percebidas, ou a tentativa equivocada de atribuir aos profissionais individuais a chave da integralidade.

Considerando as discussões apresentadas e tendo como referência a integralidade, quais os principais problemas que afastam da atenção integral os profissionais, serviços e projetos pedagógicos na sua localidade?

REFERÊNCIAS

FRANCO, T.; MERHY, E. E. PSF. Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al (org.). **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco, 2001 .

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em Saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco, 2003.

MISHIMA, S. M. et al. Trabalhadores de Saúde: problema ou possibilidade de reformulação da trabalho em Saúde? - alguns aspectos do trabalho em Saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: MS, 2003.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovação no SUS**. Campinas: Unicamp, 2002. Tese de doutorado em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2002.

SCHAEDLER, L. I. **Pedagogia cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos**. Porto Alegre. UFRGS, 2003. Dissertação de mestrado. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

LEITURA COMPLEMENTAR

FRANCO, Túlio Batista e MIRANDA JUNIOR, Helvécio. Integralidade na Assitência à Saúde: a organização das linhas de cuidado. IN: **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2a. edição. São Paulo, SP.

INTRODUÇÃO

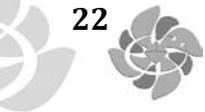
A assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde. De um lado, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro, estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde. Em recente estudo realizado pela gerência de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), constata-se que houve um aumento de 22,7% nos gastos com atenção secundária e um aumento em média de 24,5% no número de procedimentos realizados entre o ano de 2.000 e 2.002 (MAGALHÃES JR et al; 2002). Apesar disto, o mesmo estudo identifica que se vive hoje um estrangulamento grave no acesso aos serviços especializados de atenção secundária no SUS.

Em 2003, a questão a integralidade de atenção à saúde, no projeto BH-VIDA¹, passa a ser vista sob o aspecto não apenas de organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar. O projeto passa a chamar-se desde então de “BH-VIDA: Saúde Integral”.

A REDE BÁSICA E SECUNDÁRIA NA SAÚDE INTEGRAL

Em relação à rede básica, podemos inicialmente imaginar como ela pode contribuir ou não para uma melhor performance da assistência especializada. Uma maior resolutividade da assistência prestada em nível das Unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especia-

¹ O Projeto BH-VIDA foi implantado junto à rede básica de assistência à saúde no ano de 2002. Refere-se à formação de Equipes de Saúde da Família (ESF), às quais são adscritos os usuários, com prioridade para áreas de risco. Para apoiar a atenção especializada, em algumas regiões do município foram organizadas equipes de especialistas referenciados a um determinado número de ESF.



lizadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. Atualmente, parte dos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na Unidade Básica.

“Do total de encaminhamentos analisados (1.343), 22.4% não continham qualquer informação clínica, que somados aos 48.92% que continham apenas uma informação (a hipótese diagnóstica ou o sinal ou sintoma presente), encontramos um total de 70.96% de guias com informações insuficientes para uma intervenção mais qualificada e resolutive no nível secundário. Além disto, este dado pode indicar uma utilização restrita dos recursos disponíveis no nível da atenção básica ou a desvinculação entre equipes e os usuários nas Unidades Básicas”. (MAGALHÃES JR et al, 2002).

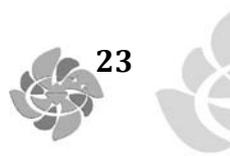
Fazer encaminhamentos sem haver esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica, sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido, revela um certo modo de operar o trabalho em saúde, em que falta solidariedade com o serviço e responsabilização no cuidado ao usuário. A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

Contribui ainda para a baixa resolutividade na rede básica, o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário. (MERHY; 1998). O exercício da clínica, traduzido em atos de fala, escuta, onde o diagnóstico ganha a dimensão do cuidado, foi sendo ao longo do tempo, substituído pelo ato prescritivo, a relação sumária entre profissional e usuário. O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. O atual descuido com a saúde gera um excesso de encaminhamento para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário. (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998; FRANCO; 1999). Prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo além de um problema de saúde, uma certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença.

Formou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos exames, medicamentos e consultas especializadas.

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. No modelo assistencial vigente, médico hegemônico², o fluxo assistencial de uma Unidade Básica é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho neste caso, carece de uma interação

² O modelo médico hegemônico é aquele que se desenvolveu a partir do “Relatório Flexner” que analisou o ensino médico nos EUA em 1910, produzindo uma ampla reforma na formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana se tornou hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico. (NOGUEIRA, 1994; FRANCO, 1999).



de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário. (MERHY; 1998). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.

CONSTRUINDO AS “LINHAS DO CUIDADO”

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que nos diz CECÍLIO & MERHY:

“... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores ...”. (CECÍLIO, L.C. e MERHY, E.E.; 2003).

Imaginamos portanto que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Este é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor que têm os atos assistenciais fundantes da clínica. A propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, deve ser levada ao limite das suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico.

Em junho de 2.003, o “BH-VIDA: Saúde Integral” tinha na rede básica 463 Equipes de Saúde da Família (ESF) organizadas, com meta para atingir 503 até o final do ano, cobrindo efetivamente 70% da população. Estruturadas prioritariamente nas áreas de risco do município, as equipes têm o desafio de trabalhar o território e domicílio, mas ao mesmo tempo dar uma resposta eficaz à demanda não programada que recorre à Unidade de Saúde, incluindo a população não vinculada às ESF, a qual deve ter a mesma qualidade da assistência.

No “BH-VIDA: Saúde Integral”, a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim todos os recursos disponíveis, devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Trabalhamos com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais.

Esta discussão dá sentido para a idéia de que, a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos atores que controlam serviços e recursos assistenciais. Para melhor entender como se dá a organização de uma linha do cuidado na rede de assistência integral, demonstramos no diagrama abaixo seu funcionamento.

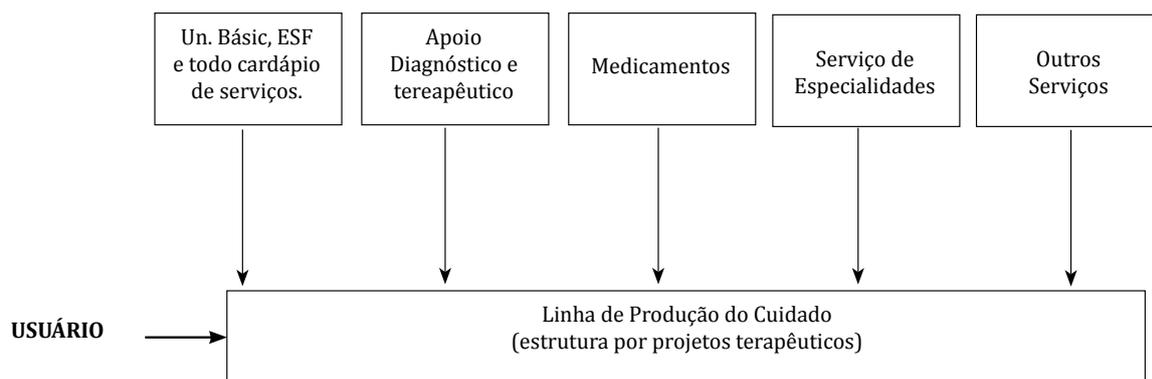
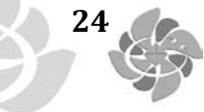


Figura 1.

No caso, o usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo.

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou a ESF, que tem responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e portanto deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário.

Desenvolver as linhas do cuidado e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS. Sendo uma primeira experiência de radical integralidade na atenção à saúde, propôs-se organizá-las no “BH-VIDA: Saúde Integral”, inicialmente nas seguintes áreas: Atenção ao Idoso, Saúde da Criança, Saúde Materna, Atenção ao Agudo, Atenção às doenças cardiovasculares e saúde bucal.

Na sua construção, torna-se imperativo identificar os diversos atores que controlam os recursos das linhas de cuidado propostas para serem implantadas, sendo que estes deverão formar um comitê gestor, do qual participam as pessoas com função de organizá-la e fazer funcionar os fluxos assistenciais. Este deverá produzir a necessária pactuação para que a linha do cuidado funcione.

O pacto para construção da linha do cuidado se produz a partir do “desejo”, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais, é o centro nervoso de viabilização da proposta, associado a toda reorganização do processo de trabalho em nível da rede básica. Elas se organizam com grande capacidade de interlocução, negociação, associação fina da técnica e política, implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais em um grande acordo assistencial que garanta:

- a. Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual de atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, principalmente dos seus fluxos e contratos do setor privado.
- b. Fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”.
- c. Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção.
- d. Garantia de contra-referência para a ESF’s na Unidade Básica, onde deve se dar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial.

- e. Determinação de que a equipe da Unidade Básica é responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executado na linha do cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário. Análise permanente das prioridades assistenciais para orientar os encaminhamentos.
- f. Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais.
- g. Busca da garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva também na questão dos processos de saúde e doença, como o programa BH CIDADANIA, programa desenvolvido pela Secretaria de Coordenação Municipal das Políticas Sociais.

É importante reconhecer que há uma linha do cuidado operando internamente na Unidade Básica de Saúde, e que ganha relevância se considerarmos que a maior parte dos problemas de saúde podem ser resolvidos neste nível da assistência.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público; São Paulo, Xamã, 1998.

CAMPOS, G.W.S.; A reforma da reforma: repensando a saúde; São Paulo, Hucitec, 1992.

CECÍLIO, L.C.O. (Org.); Inventando a mudança na saúde; São Paulo, Hucitec, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003. (mimeo).

FRANCO, T.B.; Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde; Tese de Mestrado; Campinas (SP); Unicamp, 1999.

FRANCO, T.B.; Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003.

MAGALHÃES JR.; GARIGLIO, M.T.; TEIXEIRA, O.G.S. et al.; Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH.; Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002. (mimeo).

MERHY, E.E.; A cartografia do trabalho vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.); Agir em Saúde: um desafio para o público; São Paulo, Hucitec, 1997.

NOGUEIRA, R. P. ; Perspectivas da qualidade em saúde; Rio de Janeiro Qualitymark, 1994.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE; "BH-VIDA: Saúde Integral"; Belo Horizonte, 2003. (mimeo).



TEXTO 2

PORTARIA GM/MS Nº 648/2006

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília/DF.

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

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

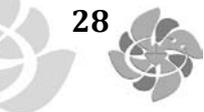
Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e



Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,

RESOLVE:

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

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

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

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

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

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997...

SARAIVA FELIPE

Anexo

Política Nacional de Atenção Básica

CAPÍTULO I

Da Atenção Básica

1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

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

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de

doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

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

A Atenção Básica tem como fundamentos:

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

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

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

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

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

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

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



- II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;
- III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;
- IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;
- V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;
- VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;
- VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;
- IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;
- X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;
- XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;
- XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;
- XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;
- XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e
- XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

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

- I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços

- municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;
- II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;
 - III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;
 - IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
 - V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;
 - VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
 - VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;
 - VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
 - IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
 - X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;
 - XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;
 - XII - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;
 - XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:
 - a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;
 - b) comunicação ao Ministério da Saúde; e
 - c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;
 - XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;
 - XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;



- XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;
- XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;
- XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;
- XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;
- XX - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;
- XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e
- XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

- I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;
- II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável;
- III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;
- IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;
- V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;
- VII - assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;
- VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;
- IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

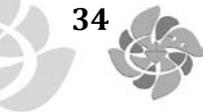
- X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;
- XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;
- XIV - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e
- XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

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

- I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;
- II - UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:
- III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;
- IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;
- V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;
- VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica; VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e
- VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

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



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

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

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

5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

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

- I - definição do território de atuação das UBS;
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

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

7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

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

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

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

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

CAPÍTULO II

Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

1 - PRINCÍPIOS GERAIS

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

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

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

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

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

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



VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

- I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;
- II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;
- III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;
- IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;
- V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;
- VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;
- VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;
- VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;
- IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;
- X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e
- XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

2.3. Compete ao Distrito Federal:

- I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;
- II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

- III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e
- IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

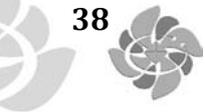
2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

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

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

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

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



V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

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

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

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

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

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

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

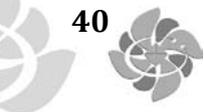
As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo I.

5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

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

Recomenda-se que:

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



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

6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

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

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

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

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI - O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

CAPÍTULO III

Do Financiamento da Atenção Básica

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite. O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração

fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

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

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

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

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

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

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos

Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

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

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

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

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

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

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

2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Inter-gestores Bipartites.

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

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

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável

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

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

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

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

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

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

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

- I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;
- II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;
- III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;
- IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e
- V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.



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

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

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

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

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

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

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

- I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou
- II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e
- III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

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

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde.

Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

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

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

Equipes de Saúde Bucal (ESB)

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

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

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

- I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;
- II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Compensação de Especificidades Regionais

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

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

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

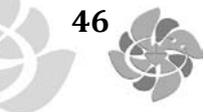
Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

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

3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

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

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e



explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

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

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

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

- I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:
 - a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
 - b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
 - c) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

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

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

4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

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

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

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

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

- II - imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e
- III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

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

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

5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

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

- I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:
 - a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) – para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;
 - b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;
 - c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
 - d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
 - e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
 - f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN;e
 - g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

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

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável

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



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

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

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

6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

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

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

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

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

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

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

- I - Que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e
- II - Que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAUDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso. Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

Anexo I

As atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de acs

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

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

- I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas;
e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações inter-setoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - participar das atividades de educação permanente; e



XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

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

Do Agente Comunitário de Saúde:

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

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

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

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

Do Enfermeiro:

- I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.
 - II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal.” (NR)
 - III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
 - IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
 - V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
 - VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.
- (Os itens I e II estão com nova redação, conforme Portaria Nº 1.625, de 10 de julho de 2007)

Do Médico:

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
 - II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
 - III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
 - IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
 - V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
 - VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e
 - VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.
 - VIII - compete ao médico acompanhar a execução dos Protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto;
 - IX - na eventualidade da revisão dos Protocolos ou da criação de novos Protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem e outros Conselhos, quando necessário, deverão participar também da sua elaboração.” (NR)
- (Os itens VIII e IX foram acrescidos conforme Portaria Nº 1.625, de 10 de julho de 2007).

**Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:**

- I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e
- III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

- I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
- IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

- I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
- V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

- I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI - organizar a agenda clínica;
- VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

PORTARIA GM/MS Nº 649/2006

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 649, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília/DF.

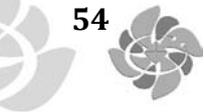
Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional da Atenção Básica.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica, Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e define critérios para uso dos recursos da atenção básica,

RESOLVE:

Art. 1º Definir, para o ano de 2006, a transferência, em parcela única, no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por curso de graduação, aos municípios que aderiram ao PROSAÚDE e recebem alunos de enfermagem, medicina e/ou odontologia nas Unidades Básicas de Saúde municipais das equipes de Saúde da Família.

Art. 2º Definir, para o ano de 2006, como valor de transferência para estruturação de Unidades Básicas de Saúde municipais das equipes Saúde da Família, aos municípios que recebem nessas unidades, médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade, cadastrados na Comissão Nacional de Residência Médica (CARM), parcela única de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) por aluno residente.



Art. 3º Definir que os recursos tratados nos artigos 1º e 2º desta Portaria sejam transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para reformas, adequações de área física e equipamentos.

Art. 4º Definir que cabe à Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS), em conjunto com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), a publicação da listagem de municípios que atendam aos critérios desta Portaria, com seus respectivos valores.

Art. 5º Definir que os recursos orçamentários, de que trata a presente Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.846.1214.0587 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

II - 10.845.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso da Atenção Básica - PAB para a Saúde da Família.

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

SARAIVA FELIPE

PORTARIA GM/MS Nº 650/2006

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 649, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília/DF.

Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica, Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde no SUS e define critérios para repasse do Piso de Atenção Básica, fração fixa e variável,

RESOLVE:

Art. 1º Definir que o valor mínimo per capita do Piso de Atenção Básica - PAB, fração fixa (PAB fixo) corresponde a R\$ 13,00 (treze reais)/habitante por ano.

Parágrafo único. Prevalecerá o maior valor per capita do PAB fixo nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, com base na data da publicação desta Portaria.

Art. 2º Incorporar ao PAB fixo dos municípios que recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares, em acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999 (Anexo I), os valores correspondentes aos pagos pelas equipes de saúde dos projetos similares ao PSF e os Incentivos à Descentralização de Unidades de Saúde da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), de acordo com a Portaria nº 233/GM, de 24 de março de 1999, e a Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002 (Anexo II), a partir da competência março de 2006.

Art. 3º Criar duas modalidades de Incentivo Financeiro para as Equipes de Saúde da Família, implantadas em conformidade aos critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica.

§ 1º O valor dos Incentivos Financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família na Modalidade 1 é de R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) a cada mês, por equipe.

§ 2º Fazem jus ao recebimento na Modalidade 1 todas as Equipes de Saúde da Família dos municípios constantes do Anexo III a esta Portaria e as Equipes de Saúde da Família dos municípios constantes do Anexo IV a esta Portaria, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido neste Anexo IV.

§ 3º O valor dos Incentivos Financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família na Modalidade 2 é de R\$ 5.400,00 (cinco mil e quatrocentos reais) a cada mês, por equipe.

Art. 4º Definir que o valor do Incentivo Financeiro para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seja de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por ACS a cada mês, a partir da competência financeira abril de 2006, estabelecendo como base de cálculo, o número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), na respectiva competência financeira.

Parágrafo único. No último trimestre de cada ano, será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de Agentes Comunitários de Saúde registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo fixado no caput deste artigo.

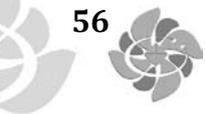
Art. 5º Definir os seguintes valores de Incentivo Financeiros das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica:

I - Para as ESB na Modalidade 1 serão transferidos R\$ 1.700,00 (um mil e setecentos reais) a cada mês, por

equipe; e

II - Para as ESB na Modalidade 2 serão transferidos R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) a cada mês, por equipe.

Parágrafo único. Fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos referentes as ESB implantadas de acordo com as modalidades definidas no caput deste artigo, todas as Equipes de Saúde Bucal dos municípios constantes do Anexo III a esta Portaria e as Equipes de Saúde



Bucal dos municípios constantes no Anexo IV a esta Portaria, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido neste Anexo IV.

Art. 6º Definir como valor de transferência para cada Equipe Saúde da Família implantada R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) a ser transferido em duas parcelas de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) nos meses subseqüentes ao mês de implantação, como recurso para investimento nas Unidades Básicas de Saúde e realização do Curso Introdutório.

Art. 7º Definir como valor de transferência para cada Equipe Saúde Bucal implantada R\$ 7.000,00 (sete mil reais) a ser transferido em parcela única no mês subseqüente ao de implantação, como recurso para investimento nas Unidades Básicas de Saúde e realização do Curso Introdutório.

Art. 8º Atualizar a base populacional para o cálculo do PAB fixo e variável com base na população IBGE 2005 e população assentada de 2005, segundo informação do Ministério do Desenvolvimento Agrário, conforme Anexo V a esta Portaria.

Art. 9º Definir que os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

- I - 10.846.1214.0587 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e
- II - 10.845.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica - PAB para a Saúde da Família.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir do mês de competência abril de 2006.

SARAIVA FELIPE

TEXTO 3**PORTARIA GM/MS Nº 3.252/2009**

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília/DF.

Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

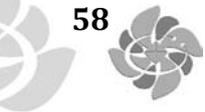
O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as disposições da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que versam sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando as disposições da Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que se referem à participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando o disposto na Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA como promotora da proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionadas, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras;

Considerando o disposto na Portaria Nº 1.052/GM/MS, de 8 de maio de 2007, que aprova o Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA, contemplando as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;



Considerando que o Regulamento Sanitário Internacional 2005 - RSI - estabelece a necessidade de aperfeiçoamento das capacidades dos serviços de saúde pública para detectar, avaliar, monitorar e dar resposta apropriada aos eventos que se possam constituir em emergência de saúde pública de importância internacional, oferecendo a máxima proteção em relação à propagação de doenças em escala mundial, mediante o aprimoramento dos instrumentos de prevenção e controle de riscos de saúde pública;

Considerando o disposto na Portaria Nº 1.865/GM/MS, de 10 de agosto de 2006, que estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS como ponto focal nacional para o RSI junto à Organização Mundial da Saúde;

Considerando o disposto no Decreto Nº 6.860, de 27 de maio de 2009, que aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, estabelecendo as competências da SVS/MS como gestora do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e como formuladora da Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a ANVISA;

Considerando a Portaria Nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes, quais sejam: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que reforça a regionalização, a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação; explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, buscando critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal; e estabelece relações contratuais entre os entes federativos;

Considerando a Portaria Nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas;

Considerando Portaria Nº 2.751/GM/MS, de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde e do Pacto pela Saúde;

Considerando a necessidade de uma atualização normativa da Vigilância em Saúde, tendo em vista o Pacto pela Saúde e o processo de planejamento do SUS, a definição de estratégias de integração com a assistência à saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde, e uma maior presença nos espaços de discussão e negociação regionais de forma articulada com os Colegiados de Gestão Regionais - CGR;

Considerando a necessidade de potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados, Distrito Federal e Municípios no exercício do papel de gestores da Vigilância em Saúde;

Considerando a relevante função da Vigilância em Saúde na análise da situação de saúde, articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção e subsidiando os gestores no processo de planejamento e de tomada de decisão em tempo oportuno;

Considerando a ampliação do escopo da Vigilância em Saúde com a incorporação da Saúde do Trabalhador, a importância cada vez maior das Doenças e Agravos não Transmissíveis e da Promoção da Saúde e a necessidade de organização para respostas rápidas em emergências de saúde pública;

Considerando o processo em curso de integração das vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador) nas três esferas de governo;

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

Considerando a Portaria Nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria Nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS; e

Considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, realizada em 17 de dezembro de 2009, resolve:

Art. 1º Aprovar as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º A Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA editarão, quando necessário, normas complementares a esta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2010.

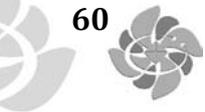
Art. 4º Ficam revogados:

I - a Portaria Nº 1.172/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no DOU Nº 115, de 17 de junho de 2004, Seção 1, páginas 58 e 59;

II - a Portaria Nº 740/GM/MS, de 7 de abril de 2006, publicada no DOU Nº 70, de 11 de abril de 2006, Seção 1, páginas 42 e 43; e

III - os artigos 18, 19, 20, 21, 22 e 23 e o inciso III e o parágrafo único do art. 37 da Portaria Nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, publicada no DOU Nº 22, de 31 de janeiro de 2007, Seção 1, páginas 45 a 50.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO



ANEXO

CAPÍTULO I DOS PRINCÍPIOS GERAIS

Seção I

Da Vigilância em Saúde

Art. 1º A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo:

- I - vigilância epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;
- II - promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;
- III - vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;
- IV - vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;
- V - vigilância da saúde do trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos; e
- VI - vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Seção II

Do Pacto pela Saúde

Art. 3º As ações da Vigilância em Saúde têm por premissa as diretrizes definidas no Pacto pela Saúde de 2006 - Consolidação do SUS -, em suas três dimensões, promovendo:

- I - substituição do processo de certificação para a gestão das ações de Vigilância em Saúde pela adesão ao Pacto;
- II - a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e como diretriz do SUS, devendo orientar, dentro do princípio da integralidade, a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores;
- III - co-gestão no processo compartilhado e de articulação entre as três esferas de governo;
- IV - revisão das responsabilidades sanitárias definidas nos eixos do Pacto de Gestão, de forma a fortalecer a integralidade da atenção à saúde, a ser disciplinada em ato normativo específico; e
- V - fortalecimento do processo de participação social e das estratégias de mobilização social vinculadas à instituição da saúde como direito de cidadania.

Seção III

Da Integralidade

Art. 4º A Vigilância em Saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

§1º As redes de atenção à saúde consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde institucionalizados pela política pública, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

§2º A integralidade é compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário.

§3º A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a estratégia de Saúde da Família como prioridade para sua organização.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

- I - compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das equipes de Saúde da Família;



- II - planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;
- III - monitoramento e avaliação integrada;
- IV - reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos, protocolos e entre outros; e
- V - educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

Art. 6º As ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações.

§1º As atividades dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS e dos Agentes de Combate a Endemias - ACE, ou agentes que desempenham essas atividades mas com outras denominações, serão desempenhadas de forma integrada e complementar.

§ 2º Para fortalecer a inserção das ações de vigilância e promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde, recomenda-se a incorporação gradativa dos ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades mas com outras denominações, nas equipes de Saúde da Família, cuja disciplina será realizada por meio de ato normativo específico, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Portaria.

§ 3º Os profissionais de Atenção Primária à Saúde não incorporarão a atribuição de polícia administrativa inerente aos profissionais de vigilância sanitária.

Art. 7º As ações de Vigilância Sanitária devem ser desenvolvidas com base nas práticas de promoção, proteção, prevenção e controle sanitário dos riscos à saúde para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como elemento estruturante do SUS.

Art. 8º As ações de promoção da saúde são voltadas para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades existentes, buscando intervir sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Art. 9º Na busca da integralidade deve-se promover a articulação de atores e políticas sociais no planejamento e execução de ações intersetoriais.

Parágrafo único. Na região de saúde, a pactuação de ações de vigilância e promoção da saúde e a articulação intersetorial devem ocorrer no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional - CGR.

Art. 10. A organização e qualificação das redes de Atenção à Saúde, objetivando a integralidade do cuidado, demandam a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade.

Parágrafo único. O apoio matricial em Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho.

Art. 11. A disciplina normativa do apoio matricial em Vigilância em Saúde deverá ocorrer no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a publicação desta Portaria, considerando as seguintes atribuições mínimas:

- I - análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente;
- II - apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando as mesmas na construção de planos de intervenção;
- III - articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e
- IV - articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo.

Seção IV

Das Emergências em Saúde Pública

Art. 12. A SVS/MS é o ponto focal nacional, da Organização Mundial da Saúde - OMS, para os propósitos previstos no RSI no que se refere à prontidão, ao monitoramento e à resposta oportuna às situações de risco de disseminação de doenças e à ocorrência de outros eventos de saúde pública que impliquem emergências de saúde pública de importância internacional.

Art. 13. A SVS/MS é o ponto focal na representação do Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Defesa Civil, colegiado responsável pelo acompanhamento do Sistema Nacional de Defesa Civil visando à prevenção, à preparação e à resposta da saúde aos desastres.

Art. 14. Na resposta às emergências de saúde pública, a SVS/MS, em articulação com outros órgãos e entidades federais e demais esferas de governo e com possibilidade de requisição administrativa de bens e serviços do setor privado e do terceiro setor, atuará na ocorrência de eventos que tenham risco real ou potencial de disseminação no território nacional ou que supere a capacidade de resposta da direção estadual do SUS, de acordo com as especificidades do evento.

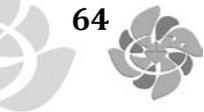
Art. 15. Para o enfrentamento das emergências em saúde pública nas diferentes esferas de gestão, o sistema de saúde conta com uma rede integrada de unidades de alerta e resposta, denominada Rede de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde - Rede CIEVS.

Parágrafo único. A Rede CIEVS é composta por centros com estrutura técnico-operacional voltada para:

- I - a detecção das emergências de saúde pública;
- II - a avaliação contínua de problemas de saúde que possam constituir emergências de saúde pública; e
- III - o gerenciamento, coordenação e apoio às respostas desenvolvidas nas situações de emergência.

Art. 16. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, dentro do seu campo de competência, detecta emergências em saúde pública e define ações de intervenção, por intermédio de:

- I - Rede de Comunicação em VISA - Rcvisa, que notifica surtos relacionados a alimentos;
- II - Farmácias Notificadoras, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas em relação ao consumo de medicamentos;
- III - Hospitais Sentinelas, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas relacionados a produtos e equipamentos de saúde;



IV - Notivisa, que notifica eventos adversos e queixas técnicas relacionados com os produtos sob vigilância sanitária, quais sejam:

- a) medicamentos, vacinas e imunoglobulinas;
- b) artigos médico-hospitalares;
- c) equipamento médico-hospitalar;
- d) sangue e componentes;
- e) agrotóxicos;

V - Centro de Informações Toxicológicas, que notifica intoxicações e envenenamentos; e

VI - postos da ANVISA em portos, aeroportos e fronteiras, que notificam eventos relacionados a viajantes, meios de transporte e produtos.

CAPÍTULO II DOS SISTEMAS

Art. 17. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde é coordenado pela SVS/MS no âmbito nacional e é integrado por:

- I - Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis;
- II - Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho;
- III - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à Vigilância em Saúde;
- IV - sistemas de informação de Vigilância em Saúde;
- V - programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações;
- VI - Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e
- VII - Política Nacional de Promoção da Saúde.

Art. 18. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é coordenado pela ANVISA no âmbito nacional e é integrado por:

- I - ANVISA;
- II - Vigilâncias Sanitárias estaduais;
- III - Vigilâncias Sanitárias municipais;
- IV - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância sanitária; e
- V - sistemas de informação de vigilância sanitária.

Art. 19. O conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts 15 a 18 da Lei Nº 8.080, de 1990, executado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios compõe os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária.

CAPÍTULO III

DA GESTÃO DOS SISTEMAS

Seção I

Da Gestão Compartilhada

Art. 20. A gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária é compartilhada por União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Parágrafo único. As atividades compartilhadas entre União, Estados e Municípios são pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e entre Estados e Municípios na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, tendo por base a regionalização, a rede de serviços e tecnologias disponíveis.

Seção II

Das Competências da União

Art. 21. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde, formular políticas em Vigilância em Saúde, estabelecer diretrizes, prioridades e gerir os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito nacional, compreendendo:

- I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;
- II - coordenação nacional das ações definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde;
- III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;
- IV - coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional;
- V - apoio aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;
- VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;
- VIII - participação no processo de planejamento, que inclui:
 - a) participação na elaboração do Plano Nacional de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
 - b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;
 - c) definição das prioridades, objetivos, metas e indicadores de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, a serem negociados na CIT;
 - d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, acordadas de forma tripartite, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde;



- e) assessoria técnica às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
- f) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios em emergências de saúde pública de importância estadual, quando indicado;

XI - comunicação de emergências de saúde pública de importância internacional à OMS, conforme definições do RSI;

XII - apoio aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União;

XIII - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia nacional de Vigilância em Saúde, sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os Estados, os Distrito Federal e os Municípios;

XIV - apoio aos Estados e ao Distrito Federal na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XV - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde coordenadas e realizadas pelos Estados e Distrito Federal;

XVI - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

- a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados pelos Estados e pelo Distrito Federal para o nível nacional;
- b) análise da completude dos campos e consistência dos dados e consolidação dos dados provenientes dos Estados e Distrito Federal;
- c) retroalimentação dos dados para as Secretarias Estaduais de Saúde;
- d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito nacional;
- f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas nacionais;

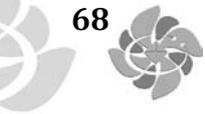
XVII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde;

XVIII - realização de campanhas publicitárias em âmbito nacional e/ou regional, que venham a atender às necessidades da Política de Promoção e da Vigilância em Saúde;

XIX - participação ou execução da educação permanente em Vigilância em Saúde, de acordo com a Política de Desenvolvimento Profissional e a Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde;

XX - promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações no campo da promoção, prevenção e Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Ciência e Tecnologia;

- XXI - promoção, fomento e implementação do desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento da análise de saúde, do conhecimento de fatores de risco e de contextos de vulnerabilidade da população;
- XXII - promoção e fomento à participação social das instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Apoio à Gestão Participativa;
- XXIII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;
- XXIV - gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Estados e ao Distrito Federal, de acordo com as normas vigentes;
- XXV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:
- a) imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações;
 - b) seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas por um Estado;
 - c) medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, conforme termos pactuados na CIT;
 - d) reagentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, definidos pelos gestores nacionais das redes integrantes do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, nos termos acordados na CIT;
 - e) insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo: praguicidas - inseticidas, larvicidas e moluscocidas - indicados pelos programas;
 - f) equipamentos de proteção individual - EPI para todas as atividades em Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho;
 - g) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, de acordo com pactuação com as demais esferas de governo;
- XXVI - coordenação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, conforme disciplina prevista em ato normativo específico;
- XXVII - implantação, coordenação e apoio à estruturação da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, por meio do CIEVS;
- XXVIII - coordenação SISLAB nos aspectos relativos às redes de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades partícipes;
- XXIX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a definição das vacinas componentes do calendário nacional, as estratégias e normatizações técnicas



sobre sua utilização, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

XXX - cooperação técnica para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela;

XXXI - estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de:

- a) produtos, substâncias de consumo e uso humano;
- b) serviços de saúde;
- c) serviços de interesse da saúde;

XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos e entidades públicas;

XXXIV - regulação e a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras; e

XXXV - normatização e coordenação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Parágrafo único. A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea “f” do inciso XVI deste artigo deverá ser pactuada na CIT quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

Seção III

Das Competências dos Estados

Art. 22. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde implementar as políticas, diretrizes, prioridades e a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, compreendendo:

- I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;
- II - coordenação das ações definidas na Política Nacional e Estadual de Promoção da Saúde;
- III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;
- IV - coordenação das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;
- V - apoio aos Municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;
- VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Municípios;
- VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;
- VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:

- a) participação na elaboração do Plano Estadual de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
 - b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;
 - c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma negociada na CIB;
 - d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde estadual;
 - e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, garantindo que as prioridades identificadas durante a análise da situação de saúde da população estejam neles contempladas;
 - f) assessoria técnica às Secretarias Municipais de Saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
 - g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;
- IX - normalização técnica complementar à disciplina nacional;
- X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com Municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado;
- XI - comunicação de emergências de saúde pública, de importância nacional, ao Ministério da Saúde, nos termos da disciplina por ele estabelecida;
- XII - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme disciplina federal e estadual;
- XIII - apoio aos Municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme disciplina federal e estadual;
- XIV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os Municípios;
- XV - apoio aos Municípios na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;
- XVI - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos Municípios;
- XVII - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:
- a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos para o envio dos dados pelos Municípios e/ou regionais, respeitando os prazos estabelecidos no âmbito nacional;
 - b) consolidação e análise dos dados provenientes dos Municípios, por meio de processamento eletrônico dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigi-



- lância em Saúde, de acordo com normatização técnica;
- c) retroalimentação dos dados às Secretarias Municipais de Saúde;
- d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- e) análise epidemiológica e divulgação das informações, no âmbito estadual;
- f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, em caráter complementar à atuação da esfera federal;

XXVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas pelo nível federal;

XXIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito estadual, que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - fomento e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não-governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnicocientífico com organismos governamentais e não-governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Municípios, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) seringas e agulhas, sendo facultada ao Estado a delegação desta competência à União;
- b) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;
- c) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde, nos termos definidos na CIB;
- d) equipamentos de aspersão de inseticidas;
- e) equipamentos de proteção individual - EPI para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo máscaras faciais completas;
- f) óleo vegetal para diluição de praguicida;

XXV - coordenação da RENAST no âmbito estadual, incluindo a definição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST pactuados na CIB;

XXVI - implantação, coordenação e estruturação do componente estadual da Rede CIEVS;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos

relativos à vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB e rede nacional de laboratórios;

XXIX - armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência nacional;

XXX - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

XXXI - cooperação técnica, no âmbito estadual, para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela;

XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação em caráter complementar à esfera federal na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e

XXXIV - colaboração com a União na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

§ 1º A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea "f" do inciso XVII deste artigo deverá ser pactuada na CIB quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

§ 2º Os Estados poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS.

Seção IV

Das Competências dos Municípios

Art. 23. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II - coordenação municipal das ações definidas na Política Nacional, Estadual e Municipal de Promoção da Saúde;

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV - coordenação municipal das ações de Vigilância em Saúde;

V - participação no processo de regionalização solidária e cooperativa;

VI - execução das ações de Vigilância em Saúde;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:



- a) participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
- b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde no Município;
- c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma articulada com as definições da respectiva CIB;
- d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde no Município, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Município, aprovadas nos Conselhos Municipais de Saúde;
- e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização, garantindo que as prioridades identificadas na análise da situação de saúde da população estejam contempladas nos mesmos;
- f) definição de processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, com uso da epidemiologia nos serviços e do uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
- g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância municipal;

XI - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal;

XII - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, Estado e Município;

XIII - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

XIV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

XV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, no seu âmbito de gestão;

XVI - vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XVII - coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

- a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;

- b) transferência dos dados coletados nas unidades notificantes dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual;
- c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;
- d) análise dos dados e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito municipal;
- f) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual;

XXVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas nos âmbitos federal e estadual;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito municipal que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - promoção e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos nãogovernamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnicocientífico com organismos governamentais e nãogovernamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;
- b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos definidos na CIB;
- c) equipamentos de proteção individual - EPI - para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo vestuário, luvas e calçados;

XXV - coordenação da RENAST no âmbito municipal;

XXVI - coordenação e estruturação do componente municipal da Rede CIEVS, quando couber;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede municipal de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;



- XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB;
- XXIX - coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;
- XXX - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- XXXI - descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;
- XXXII - coordenação das ações desenvolvidas pelos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e pela Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, no âmbito municipal, quando couber;
- XXXIII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde, no âmbito municipal;
- XXXIV - participação, em caráter complementar às esferas federal e estadual, na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e
- XXXV - colaboração com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

Parágrafo único. Os Municípios poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 e do inciso XXIV do art. 22 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

Seção V

Do Distrito Federal

Art. 24. A gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária pelo Distrito Federal compreenderá, simultaneamente, as competências relativas a Estados e Municípios.

CAPÍTULO IV

DA SUBSTITUIÇÃO DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

Art. 25. A adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da homologação dos respectivos Termos de Compromisso de Gestão, substitui o processo de certificação da gestão das ações de Vigilância em Saúde como instrumento formalizador do compromisso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no desenvolvimento das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde.

Art. 26. Os entes federados, considerada a situação atual de certificação e adesão ao Pacto pela Saúde, identificam-se nas seguintes categorias:

- I - Estados, Distrito Federal e Municípios certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde;

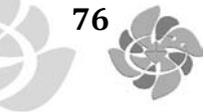
- II - Municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde;
- III - Municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde; e
- IV - Municípios não certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde.

- Art. 27. Os Municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde permanecem com a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde até a efetivação de sua adesão e deverão atender ao disposto nos arts. 47 e 48, condicionado à alimentação regular dos sistemas de informação acompanhado do monitoramento do saldo bancário, a ser regulamentado em ato específico.
- Art. 28. Os Municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde assumirão a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde, mediante publicação de portaria com os valores referentes ao Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, pactuados na respectiva CIB, para efetivação da transferência.
- Art. 29. O repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, do Bloco da Vigilância em Saúde, a Municípios não certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde está condicionado à respectiva adesão, ficando extintas novas certificações.

CAPÍTULO V

DO PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Art. 30. O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde é pautado pela análise da situação de saúde na identificação das condições, dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população, dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde, e estabelece as condições para a integração entre vigilância, promoção e assistência em saúde.
- Parágrafo único. As diretrizes, ações e metas de Vigilância em Saúde devem estar inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde - PAS das três esferas de gestão.
- Art. 31. A Vigilância em Saúde insere-se no processo de regionalização da atenção à saúde, devendo estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização - PDR e na Programação Pactuada Integrada - PPI -, com inclusão da análise das necessidades da população, da definição de agendas de prioridades regionais, de ações intersetoriais e de investimentos.
- Art. 32. O monitoramento e a avaliação das ações de Vigilância em Saúde que orientam a tomada de decisões e qualificam o processo de gestão são de responsabilidade das três esferas de gestão e devem ser realizados:
- I - de forma integrada, considerando os aspectos da vigilância, promoção e atenção à saúde;
 - II - com base nas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e nas programações das ações; e
 - III - com metodologia acordada na CIT.
- Art. 33. Os resultados alcançados das ações de Vigilância em Saúde comporão o Relatório Anual de Gestão - RAG em cada esfera de gestão.



CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES

Seção I

Da Composição e Transferência de Recursos

Art. 34. Os recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por:

- I - Componente de Vigilância e Promoção da Saúde; e
- II - Componente da Vigilância Sanitária.

Parágrafo único. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde.

Art. 35. O Componente de Vigilância e Promoção da Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, constituído em:

- I - Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde - PFVPS; e
- II - Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde - PVVPS.

Parágrafo único. Os valores do PFVPS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Art. 36. O PFVPS compõe-se de um valor per capita estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa.

Parágrafo único. Para efeito do PFVPS, as unidades federativas são estratificadas nos seguintes termos:

- I - Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1);
- II - Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- III - Estrato III: São Paulo e Paraná; e
- IV - Estrato IV: Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Art. 37. Os recursos que compõem o PFVPS serão alocados segundo os seguintes critérios:

- I - as Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVPS atribuído ao Estado correspondente, acrescidos dos valores referentes ao Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública - FINLACEN;
- II - cada Município perceberá valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do per capita do PFVPS atribuído ao Estado correspondente;

III - cada capital e município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a no mínimo 80% do per capita do PFVPS atribuído ao Estado correspondente; e

IV - fator de ajuste pactuado na CIB, destinado ao financiamento dos ajustes necessários para o atendimento às especificidades regionais e/ou municipais, conforme características ambientais e/ou epidemiológicas que o justifiquem.

§ 1º Os recursos referentes às campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, poliomielite e raiva animal deverão ser pactuados entre Estados e Municípios na respectiva CIB e acrescidos aos PFVPS de Estados e Municípios.

§ 2º A CIB definirá o valor do PFVPS destinado à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus Municípios, em cada Estado.

§ 3º O Distrito Federal perceberá o montante total relativo ao PFVPS atribuído a esta unidade federativa, acrescido dos valores referentes ao FINLACEN e às campanhas de vacinação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 38. O PVVPS é constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

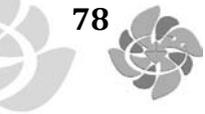
- a) Núcleos Hospitalares de Epidemiologia - NHE;
- b) Sistema de Verificação de Óbito - SVO;
- c) Sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional - RCBP;
- d) Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS;
- e) fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV;
- f) incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST;
- g) promoção da saúde; e
- h) outros que venham a ser instituídos.

Art. 39. A reserva estratégica federal será constituída de valor equivalente a até 5% (cinco por cento) dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde.

Art. 40. O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde será publicado por ato normativo conjunto da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da SVS/MS.

Art. 41. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, segundo modalidades e critérios definidos em normatização específica, constituído em:

- I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária - PFVisa, composto pelo piso estruturante e piso estratégico, acrescido dos valores referentes ao FINLACEN-Visa; e
- II - Piso Variável de Vigilância Sanitária - PVVisa, constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:
 - a) gestão de pessoas em Vigilância Sanitária para política de educação permanente; e
 - b) outros que venham a ser instituídos.



Parágrafo único. Os valores do PFVisa serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Art. 42. Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica, vetada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Seção II

Do Monitoramento dos Recursos da Vigilância em Saúde a Estados e Municípios

Art. 43. A comprovação da aplicação dos recursos será feita consoante a disciplina prevista no art. 3º da Portaria Nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, por meio do RAG aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 44. A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, de Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC e do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, conforme regulamentações específicas destes Sistemas.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão notificar semanalmente agravos de notificação compulsória ou notificação negativa no SINAN, conforme a Portaria SVS/MS Nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, e a Instrução Normativa SVS/MS Nº 2, de 22 de novembro de 2005.

§ 2º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão garantir a transferência dos dados das Declarações de Óbitos para o módulo nacional do SIM no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito no quantitativo esperado, por meio eletrônico, conforme a Portaria Nº 116/SVS/MS, de 11 de fevereiro de 2009, e o ato normativo específico a ser publicado anualmente.

Art. 45. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada a:

I - cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES; e

II - preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA-SUS.

Art. 46. É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos Municípios situados no âmbito de seu Estado.

Art. 47. O bloqueio do repasse do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde para Estados e Municípios se dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos nos parágrafos 1º e 2º do art. 44, segundo parâmetros a serem publicados em ato normativo específico.

Art. 48. O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para Estados e Municípios se dar-se-á caso seja constatado o não cadastramento no CNES ou 2(dois) meses consecutivos sem preenchimento do SIA-SUS.

Art. 49. O Ministério da Saúde publicará ato normativo específico com a relação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos bloqueados.

Art. 50. O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio.

§ 1º A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 2º A regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 3º O Ministério da Saúde publicará em ato normativo específico a relação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos desbloqueados.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 51. Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos Municípios e Estados que estão certificados a assumir a gestão das ações de Vigilância em Saúde.

Art. 52. Compete aos Estados a execução das ações de Vigilância em Saúde em Municípios não certificados e que não aderiram ao Pacto pela Saúde.

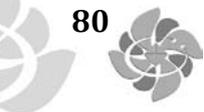
Art. 53. O monitoramento do saldo bancário dos Municípios que recebem recursos do Bloco de Vigilância em Saúde e que ainda não aderiram ao Pacto pela Saúde será realizado anualmente para efeito de bloqueio, a ser disciplinado em ato normativo específico.

Art. 54. Para efeito da implantação das novas regras estabelecidas, o Ministério da Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da publicação desta Portaria, realizará o levantamento dos saldos financeiros existentes em 31 de dezembro de 2009 nas contas dos Estados e dos Municípios que aderiram ao Pacto pela Saúde, referentes ao Bloco de Vigilância em Saúde.

§ 1º O Estado ou Município em que for constatado saldo bancário superior ao valor correspondente a 6 (seis) meses de repasse deverá apresentar na respectiva CIB, no prazo de três meses após a divulgação do saldo, um formulário de aplicação dos recursos acumulados, que deverão ser executados até o final do ano de 2010.

§ 2º O formulário descrito no parágrafo anterior deverá apresentar o demonstrativo dos recursos comprometidos ou proposta de aplicação do respectivo saldo vinculada às ações estabelecidas nas programações anuais de saúde.

§ 3º A CIB fica responsável por informar ao Ministério da Saúde o consolidado da situação identificada.



§ 4º A comprovação da aplicação dos recursos se dar-se-á por meio do Relatório Anual de Gestão aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 55. As disposições contidas nos arts. 44, 45, 46, 47 e 48 do Anexo a esta Portaria entrarão em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação, de forma a permitir a adequação necessária por parte do Ministério da Saúde, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde não efetuará o bloqueio durante o período estabelecido no caput deste artigo.

Art. 56. A CIB deverá enviar até 31 de março de 2010 os valores relativos do PFVPS destinados à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus Municípios de que trata o § 2º do art. 37.

Art. 57. A periodicidade do repasse mensal será mantida no primeiro quadrimestre de 2010 para efetivar a operacionalização de que trata o art. 42.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 58. O Ministério da Saúde editará ato normativo anualmente com especificação das prioridades e dos critérios pactuados na CIT para a alocação de recursos de investimento em Vigilância em Saúde, em conformidade com a Portaria Nº 837/GM/MS, de 2009.

TEXTO 4

ORGANIZANDO REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Pessôa, Luisa Regina (org.) Curso de aperfeiçoamento em gestão de projetos de investimentos em saúde. / organizado por Luisa Regina Pessôa e Luiz Felipe Pinto. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. pag. 95-102.

Introdução

Hoje, o maior desafio ao Sistema Único de Saúde é sua consolidação, ou seja, como garantir o direito à saúde e ao acesso aos serviços de saúde, como definidos na constituição.

Entre as diretrizes do SUS, está a constituição de redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços. Efetivamente, como observado pela experiência internacional, esta é a estratégia que foi seguida por todos os países que constituíram seus sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

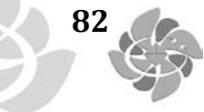
A regionalização e hierarquização sempre estiveram na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro, ainda nos primórdios da luta pela reforma sanitária. Foi definida como estratégia central pela VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da luta pela unificação do sistema e que conformou a agenda que seria incorporada à Constituição de 1988, que criou o SUS.

No entanto, ao longo da década de 90, pelos próprios rumos do processo de descentralização, a instituição de redes deixou de ser o eixo central em torno do qual se organiza o SUS – ainda que a proposta pudesse continuar a constar de planos e debates. Apenas a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), publicada em 2001, a regionalização volta ao centro da discussão.

A construção de redes de serviços é um desafio de enorme complexidade, que envolve uma gama muito ampla de dimensões, que vão desde a definição do “desenho” da rede, compreendendo as várias unidades, seus diferentes perfis assistenciais e a articulação funcional entre elas, até os mecanismos de gestão, financiamento e avaliação de resultados.

Neste texto são apresentados os conceitos básicos acerca da regionalização e hierarquização de serviços. É apresentada a origem do conceito de redes e sugerida a leitura do texto complementar sobre o Sistema Nacional de Saúde Britânico, como exemplo de um sistema de saúde organizado em redes.

O exemplo é utilizado apenas para facilitar a compreensão dos conceitos. Não quer dizer que a forma específica como os serviços são organizados naquele caso deva ser adotada da



mesma maneira em outros lugares. Como muitas vezes será observado ao longo do texto, os princípios básicos sobre os quais se organizam redes de serviços são os mesmos, mas a conformação da rede em cada caso pode e deve ser diferente, levando em conta as especificidades locais.

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Origem do conceito de redes

A primeira proposta de um modelo de redes de serviços de saúde foi apresentada pelo Relatório Dawson, na Inglaterra, em 1920. Em seu relatório, Lord Dawson propunha, pela primeira vez, a definição de bases territoriais e populações alvo – ou seja, regiões de saúde. Estas populações seriam atendidas por unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica.

Assim, ele propôs que a “porta de entrada” no sistema fosse um centro de saúde, que empregaria os “general practitioners” (GPs) – os médicos generalistas ingleses, que já então clinicavam de forma autônoma. Estes centros de saúde, localizados em vilas, estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, já então denominado secundário, e os casos que não pudessem ser lá resolvidos seriam referenciados aos hospitais – no modelo proposto, hospitais de ensino.

Os generalistas, então, teriam a função de definir a forma como o paciente “caminha” pelo sistema, e isso rendeu-lhes o nome de gate-keeper – literalmente, o porteiro, o que toma conta da porta.

É interessante observar como os conceitos que hoje utilizamos e discutimos, como porta de entrada, regiões, níveis de complexidade, entre outros, já estavam delimitados e claramente definidos no relatório de 1920. Inclusive, a ilustração utilizada é marcadamente semelhante aos modelos que são utilizados até hoje para ilustrar os conceitos de redes de serviços de saúde.

Sistemas de Saúde e Formas de Organização de Serviços

A proposta do relatório Dawson, embora solicitada pelo governo, não foi implementada, e o sistema de saúde britânico – o primeiro sistema de saúde público e universal do Ocidente – seria criado apenas 28 anos depois, em 1948, após o fim da Segunda Guerra Mundial.

Embora o primeiro nível do modelo de saúde britânico não tenha sido baseado em centros de saúde, todas as demais características das redes de serviços propostas por Dawson – bases territoriais, populações-alvo, diferentes unidades com diferentes perfis de complexidade, organizadas de forma hierarquizada, porta de entrada, mecanismos de referência – foram adotadas, e não apenas pelo Reino Unido, mas por todos os países que construíram sistemas de saúde públicos universais.

Antes do sistema britânico, o primeiro sistema público universal foi instituído pela União Soviética, a partir de fins da década de 20. O sistema de tipo soviético foi também implantado nos demais países do bloco socialista, como Cuba, e nos países europeus que passaram a compor o bloco após a Segunda Guerra Mundial, como Polônia e Hungria. É conhecido como sistema de tipo Semashko, denominação derivada de NA Semashko, primeiro comissário do povo para a saúde da União Soviética.

O que caracteriza esse tipo de sistema é o fato de ser público, financiado diretamente pelo Estado, centralizado e com alto grau de normatização. Como todos os sistemas universais, é estruturado em redes hierarquizadas e regionalizadas

de serviços e gerido pelos diferentes níveis da administração estatal – central, regional e local. É estruturado verticalmente e com responsabilidades muito bem delimitadas. Um exemplo mais próximo de um sistema deste tipo, extremamente bem-sucedido, é o sistema cubano.

Como se discutirá adiante, o fato de que nos sistemas de tipo universal os serviços sejam organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas não se dá por acaso, na medida em que há uma relação intrínseca entre a proposta de universalização e equidade e a constituição de redes.

Assim, o tipo de organização de serviços descrito acima não é o mesmo daquele adotado em países com sistema público de outro tipo, os sistemas de seguro social.

O sistema de seguro social foi o primeiro tipo de sistema de saúde adotado no mundo, na Alemanha. Foi instituído por lei em 1883, pelo chanceler Bismarck – os sistemas deste tipo são chamados de tipo Bismarck –, para os trabalhadores, entre 3 e 4 milhões, à época, sem inclusão de dependentes.

Nas sociedades que adotam este modelo, o sistema de saúde – e as demais políticas e serviços sociais – tem como base o sistema de proteção aos trabalhadores, e os benefícios correspondem à contrapartida das contribuições realizadas.

Esta concepção – diferente da noção de direito universal – permanece na base do sistema, ainda que, na prática, nos países europeus ocidentais, o acesso aos serviços tenha sido gradualmente estendido até se aproximar da quase totalidade da população.

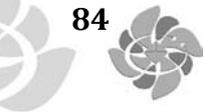
Assim, enquanto os sistemas universais são financiados por impostos, os de seguro social são financiados por meio da contribuição obrigatória de empregados e empregadores, e a responsabilidade pela organização e gestão do sistema é de fundos (caixas/ institutos) múltiplos ou únicos.

Este era o tipo de sistema destinado aos trabalhadores no Brasil antes da instituição do SUS, através do INAMPS. O acesso aos serviços se dava a partir da comprovação da contribuição, atestada pela apresentação da carteira de trabalho.

No caso brasileiro, o sistema foi criado pela lei Elói Chaves, em 1923. Foram criadas inicialmente as Caixas de Aposentadorias e Pensões, organizadas por empresas. Posteriormente, as Caixas foram unificadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, os IAPs, organizados por categorias de trabalhadores. Finalmente, os IAP's foram unificados num fundo único, o Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS, que daria origem ao INAMPS (específico para a assistência médica), que seria extinto em 1993 depois da unificação do sistema, com a criação do SUS.

Nos sistemas de seguro social, a provisão de serviços é feita por um mix de serviços públicos e serviços privados contratados pelo(s) fundo(s) e pagos por produção. O cuidado ambulatorial é realizado em consultórios de todas as especialidades, e os generalistas ou clínicos gerais não exercem a função de “gate-keepers”, controlando o acesso aos outros níveis do sistema.

Como se observa, a lógica dos sistemas de tipo seguro social, também no que diz respeito à organização funcional da atenção, é bastante distinta das redes regionalizadas e hierarquizadas dos sistemas nacionais de saúde.



Aqui não se parte de regiões de saúde, com populações de abrangência que ocupam um dado território, mas de categorias profissionais específicas – no caso dos fundos múltiplos – que conformam clientela distintas. O acesso aos serviços, em geral, se dá por livre escolha do segurado, inclusive para níveis mais complexos do sistema.

Esta lógica de organização resulta num sistema de serviços muito mais fragmentado que as redes dos sistemas nacionais de saúde, o que dificulta a continuidade do cuidado. Sistemas deste tipo têm menor controle do acesso aos níveis de maior complexidade – correspondendo a um grau de escolha para o paciente muito maior que nas redes hierarquizadas tradicionais –, apresentam mais incorporação tecnológica e maiores gastos em saúde.

DICA: Leia o texto complementar “Um exemplo do sistema organizado em redes: O Sistema Nacional de Saúde Britânico”. Este texto apresenta o sistema inglês como exemplo para refletirmos sobre os princípios básicos sobre os quais se organizam as redes de serviço.

Um exemplo de sistema organizado em redes: o Sistema Nacional de Saúde Britânico

O sistema britânico foi criado em 1948, após o consenso criado no pós-guerra. A criação do sistema de saúde fez parte da instituição de amplas políticas de seguridade social, habitação e educação. Em sua formulação, teve forte influência do sistema soviético – primeiro sistema nacional de saúde instituído – e que havia alcançado sucesso extraordinário, cumprindo os objetivos de garantia de acesso e cobertura e contribuindo para a melhoria das condições de saúde.

Para a instituição do sistema nacional de saúde britânico – National Health Service (NHS) – foram necessários seis anos de negociações, iniciadas com o relatório de Lord Beveridge, apresentado em 1942. Os sistemas de saúde deste tipo são também conhecidos como de tipo Beveridge.

A proposta inicial seguia um modelo semelhante ao proposto por Dawson, inclusive com a construção de centros de saúde onde os generalistas (GP’s) trabalhariam. Na realidade, a proposta inicial era a de um sistema gerido pelo nível local. Todos os médicos seriam contratados pelo Estado e trabalhariam em centros de saúde e hospitais.

No entanto, a proposta teve grande oposição dos médicos, tanto especialistas como generalistas – cada grupo com sua representação –, que temiam a perda da autonomia profissional e não aceitavam a gestão local. Em plebiscito, os médicos se recusaram a participar do novo sistema.

Evidentemente, o Reino Unido não tinha as mesmas condições da União Soviética de impor o modelo e foram necessárias intensas negociações com a categoria de modo a permitir a implantação do sistema.

Ao final do processo, o sistema foi criado sob responsabilidade e gestão do governo central. Os médicos generalistas foram incorporados como médicos independentes, contratados pelo Estado, com dedicação exclusiva – não lhes é permitida a prática privada – responsáveis pelo primeiro nível de atenção e pela “porta de entrada”.

É interessante como este modelo, que nasceu das condições específicas de implantação do sistema britânico, acabou por tornar-se um modelo seguido por diversos outros países em outros contextos. Inclusive tem sido adotado pelos planos de saúde privados – inicialmente nos Estados Unidos – nas formas de atenção conhecidas pelo nome geral de “managed care”.

Já os hospitais que existiam à época – ou grandes hospitais universitários ou pequenos hospitais comunitários – foram todos passados à propriedade e gestão do governo central.

A organização funcional da rede foi a mesma proposta por Dawson e adotada pelo modelo soviético. A partir do cuidado realizado pelo generalista no primeiro nível de atenção, caso este considerasse necessário – e apenas nestes casos – o paciente seria encaminhado ao atendimento especializado ambulatorial e deste para o atendimento hospitalar.

A ampliação da cobertura do primeiro nível de atenção se deu a partir dos generalistas, que garantem até hoje literalmente 100% de cobertura da população. No caso inglês, os generalistas são pagos por capitação, uma forma de remuneração bastante utilizada para a atenção de primeiro nível, que paga ao médico pelo paciente inscrito em sua lista, independente do número de consultas realizadas. Como observam alguns autores, nesta forma de pagamento paga-se não pela produção de consultas, mas pela responsabilidade do cuidado.

É também interessante observar como a atenção hospitalar se desenvolveu no modelo inglês, mais tarde seguido por outros países. Quando o sistema foi criado, tinha como premissa que existiria um “estoque” de doentes, que não estavam sendo atendidos e que quando se ampliasse a cobertura, seria “normalizado” e as necessidades de assistência médica diminuiriam – premissa esta que ainda encontramos sendo utilizada até hoje.

Esta premissa se mostrou totalmente infundada e nos anos 50 todas as expectativas com relação à demanda haviam sido ultrapassadas e os serviços hospitalares, tanto ambulatoriais como de internação, já tinham enormes filas de espera.

Para resolver o problema, em 1962 foi proposto o Plano Hospitalar, a ser desenvolvido em 10 anos, que introduziu a planificação da oferta de leitos e o conceito do “hospital geral distrital”, que com suas variantes conhecemos até hoje como “hospital secundário”, “hospital geral” ou “hospital geral com especialidades”.

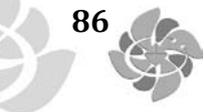
No caso inglês, é efetivamente um hospital geral com especialidades, de grande densidade tecnológica, pensado para atender entre 100 e 150 mil pessoas – hoje entre 150 e 200 mil – e que é a base da atenção hospitalar até hoje.

É importante ressaltar que embora o distrito seja pensado para algo em torno de 150/200 mil pessoas, na prática os distritos têm em média 250 mil habitantes, mas podem variar entre 80 e 900 mil.

Esta última observação demonstra uma das mais importantes questões acerca da rede de serviços. Embora existam princípios gerais, que definem funções dos diferentes tipos de unidades numa rede, estas não são construídas através de modelos rígidos, de tipo “regiões devem ter X habitantes” ou “um hospital de nível secundário deve ser referência para y pessoas”. Estes parâmetros são na realidade orientações gerais, a serem adaptadas em cada caso.

A partir da implantação dos hospitais distritais, os grandes hospitais, de maior densidade tecnológica – em geral de ensino –, passaram a ser referência para uma região, composta de diversos distritos e com população em torno de 1 a 2 milhões de pessoas (mais uma vez, com grandes variações entre as regiões). Tipicamente, os serviços adicionais que se localizam nestes hospitais e que são de referência regional são os de neurocirurgia, cirurgia cardíaca, transplantes e alguns serviços clínicos que tratam casos mais raros.

Existem hospitais menores, com menos de 50 leitos em sua maioria, os hospitais comunitários, que não são considerados como segundo nível do sistema. Têm baixa densidade tecnológica, mas em geral têm serviços diagnósticos, centro cirúrgico, hospital dia e pequena emergência. São muitas vezes utilizados pelos generalistas para observação de pacientes.



Do ponto de vista da organização funcional, o paciente, a partir do primeiro nível de atenção, realizado pelo generalista, é referenciado para os outros níveis. Em geral, para o hospital distrital e deste para o hospital regional, se for o caso.

Este modelo, o mais clássico dos modelos de rede de serviços de saúde, foi seguido, em sua concepção básica de organização funcional, por todos os países que construíram sistemas únicos de saúde. É ainda o preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

O fato de terem a mesma concepção básica, não significa de modo algum que a definição das características – escopo das atividades e escala – dos serviços em cada nível da rede sejam as mesmas em todos os casos. Em alguns, o primeiro nível é constituído por generalistas contratados, a exemplo do modelo inglês; em outros, por generalistas ou clínicos, pediatras e ginecologistas trabalhando em centros de saúde. Em todos os casos, no entanto, é mantida a lógica de acesso aos outros níveis do sistema através da referência a partir do primeiro nível.

E, de fundamental importância na concepção de uma rede, em todos os casos a responsabilidade pelo paciente é do primeiro nível de atenção. Não é bem o que conhecemos como referência e contra-referência. É mais. Significa que é neste nível que se estabelece o vínculo entre o cidadão e o serviço de saúde. O paciente é encaminhado a exames, ou referenciado a outros níveis do sistema, mas continua vinculado ao generalista, que pode ser acionado a qualquer momento pelo paciente. Ademais, o primeiro nível é responsável pela atenção integral, compreendida como o cuidado a episódios agudos e o acompanhamento de casos crônicos. No caso inglês, o generalista é responsável por prover atenção a seus pacientes 24 horas por dia.

Esta é, portanto, a origem dos conceitos de rede que discutimos como base para a construção de sistemas de serviços de saúde. É característica, em sua concepção básica, de sistemas nacionais de saúde, comumente referidos como de tipo Semashko e Beveridge, característicos de sociedades que têm por base a concepção de que as políticas e os serviços sociais são direitos do cidadão, portanto para todos e sem diferenciação – um sistema universal e equitativo. São financiados por toda a população através de tributos e a responsabilidade por sua gestão é do Estado. Na maior parte dos casos, a provisão dos serviços é feita quase que exclusivamente por serviços públicos.

Novas formas de organização: as mudanças introduzidas pelas reformas dos anos 90

- mudanças introduzidas pelas reformas
- flexibilização das formas de organização
- novas formas de articulação funcional / as redes clínicas
- autonomia e contratualização
- aproximação dos sistemas – tipo

REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Conceitos fundamentais

Como observado pela experiência internacional, os países que construíram sistemas de saúde de base universal e que lograram efetivamente garantir cobertura e acesso, o fizeram através do modelo de redes hierarquizadas e regionalizadas. Isso se dá porque existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção em redes e os objetivos de universalidade, equidade e integralidade.

A construção de redes baseia-se no fato de que, numa dada população, são mais freqüentes os casos que necessitam de atenção realizada em serviços de menor complexidade – ou de menor densidade tecnológica – do que aqueles que necessitam de maior complexidade.

Assim, para utilizar exemplos extremos, felizmente são mais freqüentes os casos de gripes, diarréias, crises hipertensivas, do que os de tumores cerebrais.

Portanto, para que se possa atender a necessidades de saúde, são necessários mais serviços capazes de atender gripes e diarréias do que capazes de realizar neurocirurgias eletivas. Além disto, os primeiros devem necessariamente estar mais perto da população do que os segundos.

Por outro lado, a instituição de serviços de neurocirurgia pressupõe equipamentos sofisticados e caros e recursos humanos altamente treinados e raros. Para que seja justificado o investimento, do ponto de vista econômico – e social, quando se trata de serviço público, financiado com recursos públicos –, é necessário um número suficiente de casos para que este serviço não se torne ocioso.

Além de evitar a ociosidade dos serviços, duas outras questões embasam a necessidade de concentrar processos de produção de cuidados de maior densidade tecnológica em serviços maiores. A primeira diz respeito à eficiência – melhor uso dos recursos – e se refere às economias de escala.

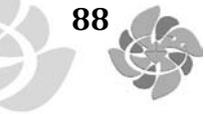
Assim, por exemplo, quando se considera um serviço cirúrgico, há que se considerar toda a infra-estrutura necessária para mantê-lo em funcionamento: o serviço de esterilização, o laboratório, a anatomia patológica, os serviços e contratos de manutenção de equipamentos, etc.

Boa parte desses gastos, inclusive os de pessoal, são fixos, ou seja, não variam com a produção. Portanto, manter uma sala cirúrgica para realização de processos complexos é relativamente mais caro do que manter duas. Assim como manter uma UTI com 2 leitos é relativamente mais caro que manter uma UTI com 5 leitos. Consideradas sob as mesmas condições e mantidas, todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos na primeira será mais caro que na segunda.

A segunda questão diz respeito à qualidade. Para os serviços de maior complexidade, o maior volume da produção está relacionado à melhor qualidade. Desta forma, em um serviço de cirurgia cardíaca que realiza um procedimento por semana, as dificuldades são maiores para manter a expertise do staff do que em um centro que realiza 5 cirurgias por dia. Não por acaso, para que um serviço possa se tornar um centro formador de recursos humanos, é necessária uma produção mínima, que permita o treinamento.

Mantendo o exemplo, um número suficiente de casos de neurocirurgia eletiva só é gerado por uma população muito maior do que a necessária para gerar casos de gripes, diarréias e crises hipertensivas. Portanto, para que seja possível oferecer serviços mais complexos sem que estes fiquem ociosos, se beneficiem de economias de escala e possam manter a qualidade, é necessário que se refiram a populações bem mais amplas do que os serviços que têm por função a atenção às patologias mais comuns.

Como estão distribuídos os serviços de maior complexidade em seu município/microrregião? Avalie a partir dos pontos acima discutidos: ociosidade dos serviços, eficiência e qualidade. Registre em seu bloco de notas.



Na medida em que a equidade – da qual a igualdade de acesso é uma das dimensões – é um dos princípios do sistema, centralizar os serviços mais complexos é a única forma de garantir o acesso a todos que deles necessitem.

Esta, portanto, é a base da proposta de bases populacionais diferentes para diferentes serviços e de uma rede de serviços hierarquizada, no sentido de regulação das referências de um nível para outro.

A rede constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma **articulada, responsáveis** pela **provisão integral** de serviços de saúde à população de sua região.

Para que efetivamente seja constituída uma rede, duas questões são centrais: a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação entre as unidades deve ser efetiva, para garantir não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado.

A região é a base territorial e populacional que tem auto-suficiência em serviços até o nível de complexidade que se defina. A definição da área geográfica e populacional da região depende da área total; tamanho de populações; suas características de distribuição e de ocupação da área; características sociais e culturais.

A região não é criada pelo sistema de saúde. É, na verdade, o reconhecimento, pelo sistema, de uma região que existe no mundo real, que tem base não apenas territorial e populacional, mas também social e cultural.

Neste mundo real, a população ocupa o espaço de uma determinada maneira e estabelece fluxos e estratégias de acesso aos serviços de saúde. A região pode abranger várias cidades (municípios), englobar uma cidade (município) e sua periferia ou ser parte de uma cidade (município) e pode (ou não) coincidir com a divisão administrativa e política do país ou estado. Pela diversidade encontrada, não é possível pensar um único tamanho/tipo de região para todo o país.

Um dos maiores desafios ao planejamento e à programação é a questão de como traduzir o conceito de rede de serviços para uma determinada realidade específica. Se as regiões (e os distritos) são diferentes, também são diferentes o perfil epidemiológico, as demandas e necessidades.

Por outro lado, para uma mesma necessidade ou problema de saúde, existem diferentes composições de recursos que levam a resultados comparáveis, em termos de indicadores de saúde e satisfação do paciente.

Num estudo clássico promovido pela OMS em 1977, Kerr L. White e colaboradores (1977) estudaram a utilização de serviços em 12 regiões em 7 países. Verificou-se que, para tratar as mesmas patologias, a composição de recursos muitas vezes era diferente, e os resultados mostraram a possibilidade de substituição entre elas.

De acordo com a oferta, os mesmos tipos de casos eram tratados em ambulatório ou internação, sendo que os resultados ou aceitação por parte do paciente não mostraram grandes diferenças. A conclusão do estudo foi que:

“Os resultados sugerem que não há uma maneira ideal de prover serviços de saúde; ao invés disso, existem escolhas que o planejador e o formulador de políticas devem fazer para alocação de recursos no atendimento às necessidades.” (Kerr L. White e colaboradores, 1977)

Uma outra questão central é que, para que se estabeleça uma rede, é necessário que cada nível resolva os problemas que lhe foram atribuídos.

Como garantir a resolutividade em cada nível?

É costumeiro encontrar-se a afirmação de que “a rede básica (ou o primeiro nível, ou a atenção primária) é capaz de resolver 80% (ou 85, ou 90%) dos casos”. No entanto, embora largamente repetida, esta afirmativa está longe de se constituir em verdade absoluta.

O primeiro nível do sistema será capaz de atender (e resolver) 80% dos casos apenas se estiverem claramente explicitados do que se compõem estes 80%, quais os recursos necessários para tratá-los, e se garanta que os serviços estejam organizados e equipados de acordo.

Na medida em que as condições de vida e saúde são específicas, também o é o perfil epidemiológico. Desta forma, o que constitui 80% dos casos na Suécia, por exemplo, é absolutamente distinto dos 80% dos casos no interior do Nordeste. Como poderia uma mesma conformação de rede básica – abstrata – dar conta destas duas realidades?

A única forma de garantir que determinado serviço ou nível de atenção seja resolutivo é a definição prévia de que funções cabem a cada nível da rede e o tipo de ações e atividades que devem ser realizadas, de modo que os serviços possam ser organizados e equipados para cumpri-las.

CONSTRUINDO A REDE

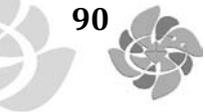
O primeiro nível de atenção

As funções do primeiro nível de atenção podem ser definidas em três linhas básicas:

- as ligadas a valores: atenção, acolhimento, pertencimento, confiança, responsabilização
- a produção de ações e serviços, tanto de promoção e prevenção como de tratamento e acompanhamento
- o ordenamento do sistema (porta de entrada)

Para cumprir estas funções, ou parte delas, diferentes países optam por diferentes composições de recursos: generalistas autônomos, generalistas em centros de saúde, equipes em centros de saúde, policlínicas, etc., que expressam diferentes formas de articular os recursos e as ações de saúde. A questão central com relação ao primeiro nível de atenção é que, para cumprir estas funções, ele deve ser dotado de complexidade – que não se expressa necessariamente em equipamentos, mas na qualidade dos recursos humanos – e articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema.

Uma das questões centrais que influenciam a baixa resolutividade do primeiro nível é a noção de que é possível resolver a maior parte dos problemas de saúde apenas através de medidas



de promoção da saúde e de prevenção. Isto pode ser verdade para determinados perfis epidemiológicos ligados à extrema pobreza e caracterizados por doenças infecciosas e parasitárias.

Para refletir: Como você avalia os serviços ligados ao primeiro nível de atenção de seu município/microrregião? Eles cumprem as funções acima descritas? Registre sua avaliação em seu bloco de notas.

No que diz respeito às doenças crônicas degenerativas – as cardiovasculares, o diabetes e algumas neoplasias –, a prevenção implica mudanças muito mais complexas, relacionadas ao estilo de vida, como controle da dieta e do stress e a adoção de exercícios. Em outros casos de doenças altamente prevalentes, como o câncer de mama, por exemplo, pouco ainda se sabe sobre as possíveis medidas de prevenção.

Portanto, para a resolução de boa parte dos casos mais comuns que se apresentam ao sistema de saúde, não bastam as medidas preventivas, mas são necessários também o tratamento e acompanhamento, muitas vezes com necessidade de medicamentos e seguimento de exames laboratoriais e de imagem. Quando o primeiro nível não cumpre este papel, a única alternativa que resta ao paciente é buscar o serviço de emergência.

Assim, a proposta de montagem de um nível primário de muito baixa densidade tecnológica implica que este não seja capaz de qualquer grau de resolutividade – e muito menos de capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma população, transformando-se, quando muito, em mero mecanismo de triagem.

O cuidado ambulatorial de especialidades

O modelo tradicional é o de especialidades/ serviços cujo acesso se dá por referência a partir do primeiro nível – e, por isso, denominadas de cuidado secundário –, através do estabelecimento de listas de espera. Na medida em que existem diferentes definições acerca de que especialidades devem ser ofertadas no primeiro nível, também existem diferentes composições de especialidades no nível secundário ambulatorial.

Em cada caso, as definições acerca da composição da oferta em cada nível se dão em função do tamanho da população e da densidade demográfica, do perfil epidemiológico e dos recursos disponíveis.

Da mesma forma, há diferentes modos de organizar a atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em hospitais como em unidades ambulatoriais autônomas.

Novas formas de produção do cuidado vêm modificando tanto a provisão de ambulatório especializado como as características do hospital. Vem-se observando grande expansão do nível de cuidado ambulatorial, tanto pela transferência de casos que anteriormente seriam tratados através de internação hospitalar como pela incorporação de novas tecnologias. O ambulatório vem incorporando procedimentos complexos e, com o desenvolvimento de técnicas anestésicas e de cirurgias minimamente invasivas, vários procedimentos não requerem mais internação.

Os Serviços de Diagnóstico e de Terapia

Os serviços de diagnóstico e terapia são comumente denominados “auxiliares” na prestação de serviços clínicos. Os serviços de diagnóstico englobam os de diagnóstico laboratorial

clínico, de anatomia patológica e os de imagem. Os de terapia mais comumente referidos são os de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia.

Embora muitas vezes referidos como um grupo aparentemente homogêneo, cada um desses tipos de serviço insere-se de forma distinta no processo de cuidado.

Os serviços de laboratório de análises clínicas podem ser organizados de forma centralizada, ou cada unidade pode dispor de seu próprio laboratório, a forma mais tradicional encontrada em serviços públicos. O fato de ser o mais usualmente encontrado não significa que seja a forma mais racional de organizá-los.

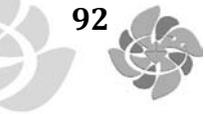
Não por acaso, a centralização da realização de exames, com coleta descentralizada, é a forma de organização do setor privado, já que permite o benefício das economias de escala. Isso porque os equipamentos são capazes de produzir muito mais exames que a maior parte das unidades é capaz de gerar individualmente. E muitos dos insumos estão disponíveis em kits que se destinam a um número grande de procedimentos, deixando duas opções: ou abre-se o kit para a realização de um exame e perde-se o restante do material, ou o paciente deve aguardar até que apareçam outros casos e o kit possa ser aberto. Nenhuma das opções parece razoável, evidentemente.

Portanto, com exceção de unidades que disponham de serviços de emergência e que evidentemente devem dispor de laboratórios adequados ao seu nível de complexidade, boa parte dos exames gerados pelos serviços de uma rede podem ser realizados em serviços centralizados, geridos de forma independente e mais eficiente e com coleta do material realizada na unidade de origem, dispensando o deslocamento do paciente.

Os serviços de diagnóstico por imagem são o outro tipo de serviço que se beneficia enormemente das economias de escala. Os equipamentos, em geral bastante caros, apenas se pagam se funcionando em toda a sua capacidade potencial, vários turnos ao dia e, em alguns casos, se possível, 24 horas por dia. Os recursos humanos, tanto para a realização do exame como para leitura de resultados, são especializados, raros e beneficiam-se de maior volume de produção para manutenção da qualificação. Os insumos necessários são caros, e é possível obter melhores preços através de compras centralizadas, assim como os prédios e equipamentos devem manter contratos de manutenção permanentes.

Todas estas características apontam para a proposta de centralização da produção destes serviços, em unidades maiores — os Centros de Diagnóstico —, com mecanismos de gestão próprios, inclusive com a possível adoção de formas específicas de pagamento. Essas unidades poderiam funcionar em horários muito mais amplos que os normalmente adotados pelas unidades de saúde, permitindo a otimização da utilização dos recursos e a ampliação do acesso.

Já os serviços de anatomia patológica funcionam com uma lógica um pouco distinta. São fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico e a definição do estágio de diversas patologias, em especial no campo da oncologia, e pressupõem um recurso humano extremamente especializado — e muitas vezes raro, mesmo nos grandes centros urbanos. Esse recurso humano, diferentemente do caso da análise clínica, faz parte da equipe de cuidado ao paciente e sua articulação com os demais profissionais envolvidos é fundamental para a definição do caminho do tratamento a ser seguido.



Esses serviços são dirigidos a bases populacionais mais amplas que os serviços de laboratórios clínicos, e, da mesma forma, há distinção de níveis de complexidade de equipamentos, insumos e recursos humanos para a realização de diferentes exames. Assim, cabe avaliar, para cada caso, que tipos de exames serão centralizados em um único serviço de referência. A própria coleta do material e sua preparação para a realização do exame é complexa, assim como sua interpretação, o que pode ser constatado pelos inúmeros problemas observados para coleta adequada do material e interpretação do resultado dos exames colpocitológicos para controle do câncer de colo uterino.

Com relação aos serviços de terapia, sua articulação na rede deve ser pensada de outra maneira. Sua característica é a realização de procedimentos que compõem parte de um processo de cuidado, mas que se constituem em subprocessos – como as sessões de quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise. Os dois primeiros são parte da atenção ao paciente oncológico, e o terceiro, ao paciente renal crônico. No entanto, diferentemente dos serviços diagnósticos, esses procedimentos fazem parte integral do cuidado.

O sistema de pagamento por procedimentos – especialmente quando se trata de procedimentos bastante lucrativos – tende a estimular a constituição de serviços de terapêutica “independentes”, isolados, que, neste caso, contribuem para a fragmentação do cuidado e não permitem a responsabilização pelo cuidado integral ao paciente.

Os Serviços de Emergência

- **Emergências** - são definidas como condições que ameaçam a vida. Podem ser oriundas de trauma (causas externas) ou de situações clínicas (infarto agudo do miocárdio, apendicite aguda, etc.).
- **Urgências** - são condições que não representam ameaça iminente à vida, mas podem vir a fazê-lo ou acarretar significativo grau de invalidez se não tratadas a tempo.

A maioria dos casos atendidos em serviços de emergência não são emergências ou urgências. Esta é uma realidade não apenas no Brasil.

Estudos mostram que isto também acontece em países como Dinamarca, Suécia, Nova Zelândia, EUA e Reino Unido, entre outros, ainda que com percentuais bem mais baixos que os nossos.

Caberia questionar: quais as necessidades que estão sendo atendidas pelo setor de emergência que não o estão sendo em outros níveis do sistema?

A primeira diz respeito ao acesso, compreendido como entrada no sistema a qualquer momento, com certeza de ser atendido. Isto é particularmente importante quando há insuficiência na atenção primária – como no caso brasileiro.

Em países com rede estabelecida, como no caso inglês, uma necessidade importante é a de escolha. Uma vez inscrito com um GP, o paciente deve permanecer com este médico por um período de tempo definido (em geral, no mínimo um ano), e qualquer consulta a outro médico depende de referência. O serviço de emergência é buscado quando o paciente sente necessidade de uma segunda opinião.

Para que seja equacionado o problema da utilização dos serviços de emergência por casos que não têm indicação para tal, existem diferentes estratégias.

A primeira certamente é a organização da atenção básica, mas de forma que esta contemple o problema do acesso. Um serviço de primeiro nível cujo acesso é determinado por um número limitado de senhas distribuídas pela manhã ou cujo funcionamento se dá num horário restrito, na prática, está impondo barreiras de acesso que levarão inevitavelmente à procura pelos serviços de emergência.

Além de um primeiro nível que garanta resolutividade e acesso, existem outras estratégias para racionalizar a atenção às urgências e emergências. Por exemplo: a instituição de centros de tratamento de trauma sem severidade; serviços para o tratamento das urgências; serviços de aconselhamento por telefone; atendimento domiciliar de urgência, etc.

O atendimento às emergências é composto por atendimento pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação.

O atendimento pré-hospitalar pode ser organizado de variadas formas. Em alguns países, a ênfase é ampliar o tratamento pré-hospitalar, de modo a evitar, sempre que possível, que o paciente chegue ao hospital. Em outros casos, o tratamento pré-hospitalar consiste apenas numa triagem e transporte aos hospitais.

Da mesma forma, os serviços de emergência podem ser organizados de diferentes maneiras.

Para refletir: Como são organizados os serviços de emergência no seu município/microrregião?

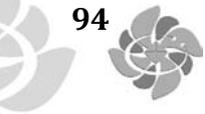
Uma opção é a concentração de todos os tipos de casos em um só serviço. Outra é a organização de serviços diferenciados por tipo de emergência, na medida em que o processo de produção do cuidado aos diversos tipos de emergência é bastante diferente.

Dependendo do número de casos, uma proposta é a separação dos casos de trauma. Os centros de trauma são, em geral, serviços de hospitais gerais, especializados em tratar os casos de trauma severo. Em alguns centros, os pacientes de trauma são separados em enfermarias e UTI's especiais.

O principal diferencial do centro de trauma são os recursos humanos, especializados e com vasta experiência no cuidado a pacientes politraumatizados graves. Pelo próprio peso da estrutura necessária, pelo perfil dos recursos humanos e por ser uma área em que o volume de produção está relacionado à qualidade, a organização de centros de trauma só se justifica para bases populacionais maiores e com grande número de casos.

Uma outra questão são as emergências clínicas. Muitos casos poderiam não chegar a ser emergências; parte são casos crônicos agudizados, necessitando de internação clínica, outros são casos que necessitam de observação, e outros, ainda, são efetivamente emergências, como coma diabético. Cada um desses tipos de problema poderia ser tratado em diferentes tipos de serviços ligados à rede do primeiro nível, hospitais gerais com pequenas emergências ou serviços de emergência propriamente ditos.

Uma outra questão central a ser enfrentada é a articulação do serviço de emergência hospitalar com os demais serviços do hospital. Nem todos os hospitais gerais devem dispor, necessariamente, de serviço de emergência – embora todos tenham obrigatoriedade de garantir acesso a seus pacientes em caso de emergência.



Este é apenas um tipo de perfil hospitalar. Ademais, nem todos os serviços de emergência devem atender a todos os tipos de casos. Da mesma forma, o processo de reabilitação, quando necessário e em geral bastante longo, precisa ser feito no hospital geral.

Concentrar todas as emergências num só hospital pode simplificar a organização dos demais serviços hospitalares, mas, devido às especificidades do processo de atenção a cada tipo de emergência e dependendo do volume de casos, pode gerar serviços que se tornam abarrotados de pacientes, sem qualquer condição de cumprir todas as funções que lhe são propostas.

Hospitais

As funções do hospital podem ser definidas como o cuidado ao paciente relativo à internação cirúrgica eletiva, internação clínica, cuidado ambulatorial, emergência e reabilitação.

Além de suas funções assistenciais, o hospital exerce muitas outras, que o tornam uma instituição extremamente complexa. Por exemplo: ensino, pesquisa, cuidado social, fonte de emprego, legitimação, poder político e base para o poder corporativo.

As características dos outros componentes da rede definem e redefinem os hospitais. Em especial, as características do primeiro nível de atenção – o nível de cobertura alcançado, acessibilidade, grau de resolutividade – determinam em boa parte a demanda que será gerada para o cuidado realizado nos hospitais.

Os hospitais também vão mudando com a incorporação de novas tecnologias. Um exemplo é o advento da terapia para tuberculose, que levou ao fechamento de milhares de leitos e à extinção de um tipo de hospital. Existem diferentes tipos de classificação de hospitais, que consideram distintas dimensões.

Uma forma de classificá-los é a partir da consideração de seu grau de complexidade, em que, num extremo, estão os hospitais de ensino, e, no outro, pequenos hospitais locais, gerando a classificação hierárquica tradicional de cuidado terciário, cuidado secundário e hospitais comunitários.

Você já foi apresentado à atual Política do Ministério da Saúde para os hospitais de pequeno porte, na Unidade 1, através do arquivo disponibilizado na Biblioteca Virtual.

Uma outra dimensão considera os hospitais gerais e especializados ou, ainda, a localização ou características organizacionais (única ou múltiplo).

Nenhuma classificação dá conta de todas as dimensões, e todas as apresentam algum grau de limitação, especialmente as de definição hierárquica do cuidado, já que a fronteira entre hospitais de nível secundário e terciário é cada vez mais difícil. Em alguns casos, por exemplo, o hospital de nível secundário é organizado em clínicas cirúrgicas especializadas, enquanto, em outros, o cirurgião geral acumula as mesmas funções.

Com a crescente especialização, torna-se impossível definir uma única base populacional para um único modelo de hospital. Cada especialidade se justifica para diferentes bases populacionais. A neurocirurgia, p.ex., necessita uma base maior que serviços de oncologia.

Hospitais terciários vão se diferenciando dentro do grupo: um país pode ter 10 hospitais terciários oferecendo cirurgia cardíaca para adultos e só um com cirurgia pediátrica; vários podem fazer transplante renal, e apenas um o transplante de fígado.

Há uma crescente crítica ao planejamento de hospitais descolado do planejamento dos demais componentes da rede. A definição do componente hospitalar, na realidade, é um jogo entre acesso, qualidade e custo e os recursos existentes.

Para pensar hospitais, é necessário considerar os seguintes critérios:

- base populacional
- distribuição da população
- perfil epidemiológico
- função na rede
- concentração de recursos em função de economias de escala e relação volume X resultado

Articulação entre os níveis da rede, definição de perfis, regulação

Para que se configure uma rede de serviços de saúde, é necessária, portanto, a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes – níveis de complexidade e densidade tecnológica –, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população e trabalhando com uma composição de recursos adequada em cada nível para garantir a resolutividade e qualidade da atenção na provisão de cuidado.

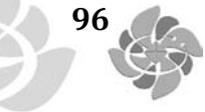
No entanto, ainda que esta seja uma condição sine qua non para que uma rede exista, não é suficiente. É necessário, ainda, que este conjunto de unidades trabalhe de forma articulada, responsabilizando-se pela atenção integral à população de sua região (distrito ou microrregião). Você já teve a oportunidade de visualizar as microrregiões de saúde de todas as unidades da federação do Brasil, na Unidade 1 – Conceituando, através do arquivo disponibilizado na Biblioteca Virtual e na Caixa de Ferramentas 1: os mapas de alguns estados.

Tradicionalmente, quando se fala em montagem de redes de serviços de saúde, pensa-se em mecanismos de referência e contra-referência, compreendidos como as formas pelas quais um paciente caminha ao longo da rede. No entanto, pela descrição do funcionamento dos serviços em redes estabelecidas, fica claro que esses mecanismos não são, em absoluto, meras fichas de encaminhamento ou de solicitação de exames que são distribuídas aos pacientes para que estes busquem resolver, por sua própria conta e risco, de que forma serão operacionalizados.

Os mecanismos de referência e contra-referência na realidade só têm sentido e funcionam como tal, na medida em que expressam o compromisso da rede de serviços com o caminhar de seus pacientes, de modo a garantir o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias para o cuidado de acordo com o problema apresentado. Expressam, portanto, uma definição e um acordo prévios acerca do que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar – em termos de número e tipos de casos a serem atendidos –, o que comumente é definido como o perfil assistencial.

A definição de perfis assistenciais numa rede é uma tarefa complexa. Muito raramente, é possível construir redes de serviços a partir do zero, com novos investimentos, onde o gestor tem o completo poder de definir o que e como operará cada unidade. No mundo real, redes de serviços são construídas a partir de unidades pré-existentes, com suas próprias composições de recursos e “vocações” institucionais. Esta realidade deve ser levada em conta ao pensar a definição de perfis.

Uma outra questão é que, como já referido, as definições mais simplistas, tipo “hospitais terciários”, na prática, apresentam certo grau de limitação, já que nem sempre todos os serviços



de um hospital guardam coerência quanto ao grau de complexidade. Muitas vezes, encontramos, no mesmo hospital, um serviço de transplante de fígado – naturalmente de referência – ao lado de um serviço de pediatria, por exemplo, de baixa complexidade.

Na mesma linha, dentro do mesmo hospital, podemos encontrar um serviço de cirurgia cardíaca de adultos e um pediátrico, de modo que a base populacional a que pode servir de referência ao primeiro é menor que a que pode ser referida ao segundo.

Assim, a definição das referências e dos caminhos ao longo das redes, especialmente para os serviços hospitalares de maior complexidade, pode e deve ser feita para cada tipo de serviço, articulando-se em linhas de cuidado.

A quem cabe definir o perfil assistencial das unidades que compõem uma rede, suas funções e responsabilidades?

Sem dúvida, o funcionamento da rede é responsabilidade do gestor do sistema em cada nível, a ser pactuada nas instâncias devidas. O fato de ser sua responsabilidade, não quer dizer que será definido pelo gestor apenas. Muito pelo contrário, é um processo que necessariamente deve ter a participação e o compromisso de todos os atores envolvidos para que seja efetivo. Mas a responsabilidade final, aqueles que respondem frente à população e à sociedade, são os gestores em seus diferentes níveis.

Na prática, isto significa que não cabe ao médico, ou à assistente social, ou a qualquer outro profissional operando na ponta, a responsabilidade por encontrar uma vaga para que um paciente seja transferido ou encaminhado a outra unidade para realização de um exame – atividades que costumam tomar grande parte do tempo e da energia dos que deveriam ocupar seu tempo cuidando de pacientes. Estas definições – referências garantidas para realização de exames ou atendimento especializado ou para unidades que assumam pacientes que necessitem de cuidados prolongados – devem estar previamente dadas, pactuadas e garantidas.

E como é possível que se definam estes caminhos? Uma das formas propostas tem sido a instituição das “centrais de regulação”, instâncias que seriam responsáveis por definir o fluxo de pacientes ao longo da rede.

Embora mais e mais centrais venham sendo implantadas – a custos muitas vezes importantes – nem sempre os resultados obtidos são os esperados. Isto se dá por um motivo bastante simples. As centrais de regulação são um instrumento fundamental para operacionalizar o fluxo de pacientes numa rede já constituída e com papéis e perfis definidos, pactuados e assumidos. Ou, mais simplesmente, ela é capaz de funcionar quando há uma rede a ser regulada, mas não é capaz de criar a rede onde esta não existe.

Tanto é assim que, de acordo com o Ministério da Saúde, “a regulação da assistência pressupõe a realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência; a definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas unidades na rede assistencial e responsabiliza-

ção dos vários municípios na rede hierarquizada e regionalizada; a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação”. (portaria MS/SAS 423/ 2002).

Organizando as linhas de cuidado

De forma complementar à organização da rede de serviços de saúde e perpassando-a de forma transversal, está a organização de recursos por linhas de cuidado, na realidade, um detalhamento da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração das práticas realizadas no interior destas, com o objetivo de tratar/ cuidar de determinadas patologias e grupos de pacientes.

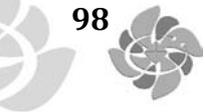
As linhas de cuidado são, em geral, organizadas/programadas para problemas de saúde considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico ou considerados de relevância a partir de recortes populacionais.

Em geral, são pensadas para doenças crônicas ou episódios em que são requeridos cuidados permanentes ou de longa duração – como o câncer – ou que requerem reabilitação – como o trauma e o acidente vascular encefálico.

A partir do detalhamento de protocolos clínicos, são desenhados os caminhos a serem percorridos ao longo da rede – em que epidemiologistas, especialistas clínicos e planejadores definem como e onde serão tratados os pacientes –, são definidas as responsabilidades de cada unidade, os mecanismos de integração e, naturalmente, as formas de garantir que os recursos – humanos e materiais – necessários ao cumprimento da proposta estejam disponíveis.

A organização de linhas de cuidado só é possível através da articulação entre o planejamento/programação, a epidemiologia e a clínica. Utilizando-se o exemplo do câncer de colo de útero, para o desenho da linha de cuidado para uma área, em linhas muito gerais, seriam necessários os seguintes passos, realizados em conjunto por planejadores, epidemiologistas, especialistas clínicos e gestores:

1. analisar como se dá o desenvolvimento da doença, quais os fatores e grupos de risco, as possíveis medidas de promoção e de prevenção, os métodos de diagnóstico para detecção de casos, o tratamento a ser instituído em cada estágio da doença, como se dá o acompanhamento dos casos.
2. detalhar a composição de recursos – materiais e humanos – necessários à realização de cada uma das ações definidas para cada fase (diagnóstica e terapêutica).
3. estimar a população alvo à qual serão dirigidas as ações de prevenção e detecção de casos e estabelecer as normas de cobertura de ações – x exames a cada ano para a faixa etária y, por exemplo.
4. estimar o número de casos esperados em cada estágio da doença a partir da instituição do processo diagnóstico
5. a partir do número de casos estimados em cada estágio, estimar a necessidade de ações terapêuticas em cada uma das modalidades definidas pelos protocolos (cirurgias, quimioterapia, radioterapia, acompanhamento)



6. definir em que ponto da rede – e em que unidades – serão realizadas cada uma das ações (detecção, diagnóstico, cada modalidade de tratamento, acompanhamento dos casos)
7. definir os mecanismos de integração entre as unidades e entre os profissionais envolvidos
8. calcular os recursos necessários para que cada uma das ações propostas possa ser cumprida
9. levantar os recursos existentes, avaliar de que forma estão operando e, se necessário, definir estratégias para solução de problemas detectados no sentido de sua adequação à proposta
10. definir as necessidades de investimento e elaborar o projeto de investimento
11. definir os indicadores de avaliação
12. definir os mecanismos de gestão conjunta e acompanhamento

É importante fazer a distinção entre linhas de cuidado e os chamados programas verticais. Enquanto estes tendem a fragmentar o processo de cuidado, trabalhando com serviços e recursos humanos “especializados” em uma determinada patologia, a idéia da linha de cuidado é exatamente oposta.

Assim, o desenho da linha de cuidado ao câncer de colo de útero, por exemplo, envolve unidades básicas, equipes de PSF, centros de diagnóstico, serviços cirúrgicos de hospitais gerais e serviços de hospitais especializados, dependendo de que tipo de ações se considerem e do tipo de casos. Não se propõe que em cada uma destas unidades se criem serviços especializados em câncer de colo de útero. A idéia central é a criação de “corredores funcionais”, que conduzam o paciente ao longo da rede e que permitam integrar as ações a ele dirigidas, ainda que realizadas por diferentes profissionais e em diferentes unidades.

Pensando investimentos em redes de serviços

A partir de todo o exposto, fica claro que formular projetos de investimento para a construção de redes de serviços pressupõe um processo bem mais complexo – mas não necessariamente complicado – do que simplesmente propor a construção de um hospital ou qualquer outro serviço no distrito/município A ou B, e para o qual são fundamentais doses maciças de bom senso.

Ao pensar um hospital, é necessário imaginar: aquela localidade terá o número de casos suficientes para que este hospital opere, ou seu destino será se transformar num elefante branco? O tipo de perfil que está sendo pensado tem relação com as necessidades da localidade? Se se trata de um serviço de referência, como as pessoas chegarão até ele? De que modo o serviço se articulará com as demais unidades da rede? E para que o serviço funcione, disponho de recursos humanos? Se devo contratá-los, disponho de recursos ou poder para tal? E, ainda que disponha, terei como captá-los na região em questão?

As mesmas perguntas se colocam ao pensar a criação de serviços dentro de uma linha de cuidado, como um serviço de diagnóstico para o câncer, por exemplo: o número de casos da área é suficiente para justificar sua implantação? Como o serviço em questão se articula com os demais componentes da linha de cuidado? Como os pacientes chegarão até ele? E, uma vez identificados os casos, para onde serão encaminhados para o tratamento?

Do ponto de vista de sua operação: tenho recursos para contratar os recursos humanos? Eles estão disponíveis para serem contratados na área em questão? E, se não estiverem, é possível traçar estratégias para sua captação?

A única forma de responder a estas questões é que os projetos de investimentos sejam pensados dentro do marco mais geral de um plano de saúde para a área/região em questão, com especificações claras de número, porte, perfis e funções de cada unidade e as formas de articulação entre elas.

A partir deste marco geral, é preciso avaliar as condições específicas para implantação do projeto. Existem condições técnicas – factibilidade –, para que o projeto seja criado e possa ser operacionalizado e mantido? Existem condições políticas – viabilidade – para que o projeto seja implantado? E, se não existem, é possível criá-las? A partir de que estratégias?

Apenas a partir destas definições prévias é possível ter claro a adequação do projeto de investimento.

Isto não quer dizer que um projeto de investimento específico deva contemplar todos os aspectos acima apontados. Vários projetos distintos poderão e deverão ser necessários para dar conta das necessidades de investimento em uma dada área e, evidentemente, será necessária a realização de recortes. O fundamental é que ao realizar um projeto de intervenção numa área de cuidado ou num serviço específico, sejam consideradas, apontadas e encaminhadas as articulações necessárias para seu funcionamento na perspectiva da rede.

Ainda que trabalhando dentro de um dado recorte, outra ordem de questões se coloca. É preciso levar em conta que o investimento numa dada unidade ou serviço, gerando maior produção, criará novas demandas e exercerá pressão sobre os serviços já existentes.

Ao pensar em ampliar um serviço cirúrgico, por exemplo, há que se considerar: se o número de cirurgias aumentará – será que os leitos de enfermagem de que disponho serão suficientes? E os serviços de UTI, exames laboratoriais, bancos de sangue? Onde estão os auxiliares de enfermagem e anestesistas necessários para aumentar a capacidade de produção?

Pelas próprias perguntas formuladas – utilizadas apenas como exemplo –, fica claro que investir na ampliação ou construção de um serviço ou uma unidade não significa pensar apenas em prédios e equipamentos. Para que estes funcionem, são necessários recursos humanos, insumos, mecanismos gerenciais, enfim, todos os recursos necessários à sua operacionalização. Ademais, os próprios prédios e equipamentos requerem manutenção constante, para que o investimento não se perca.

Se este aspecto básico não for considerado desde a formulação do projeto e não estiverem pensadas as estratégias para que estes recursos possam ser garantidos ou viabilizados, continuaremos a construir prédios, mas não serviços de saúde e muito menos redes de serviços.

Finalmente, uma outra questão central é que, antes de definir em que investir, é fundamental considerar o que existe e como está funcionando. Embora isto pareça óbvio, nem sempre é feito, talvez porque, muitas vezes, criar novos serviços pareça mais “fácil” e menos desgastante do que fazer os que existem funcionarem. Assim, se em determinada área constatou-se, por exemplo, carência de leitos de clínica médica, antes de propor a construção de uma nova unidade ou ampliação de leitos, há que se analisar como estão funcionando os existentes.

Se o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos existentes for alto, por exemplo, de 20 dias – fato bastante comum, principalmente em hospitais públicos –, a primeira



coisa a fazer é analisar o porquê deste achado e definir estratégias para modificar a situação. Se este tempo for reduzido para 10 dias, terei dobrado o número de leitos sem necessidade de obras, equipamentos ou contratação de recursos humanos.

Até porque, se os problemas que impedem a diminuição do tempo de permanência nos serviços que já existem não forem enfrentados – a internação para realização de exames e a falta de leitos de apoio para garantir a saída estão entre os mais comuns –, provavelmente também ocorrerão nos serviços a serem criados, gerando a contínua necessidade de ampliação de leitos e levando a uma política de investimentos completamente irracional e descomprometida com o funcionamento dos serviços.

REFERÊNCIAS

DONNABEDIAN, A. (2003). An Introduction Quality Assurance in Health Care. **University Press**, Oxford.

FERLA A.A.; PESSÔA L.R. et al., 2001. Financiamento e regionalização em saúde: a experiência gaúcha. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro. CEBES, n. 23.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2002. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. Microdados**. Rio de Janeiro: Departamento de Indicadores Sociais.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. **Manual de avaliação do projeto ReforSUS**. Brasília. Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. **Manual de operação do projeto ReforSUS**. Brasília. Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando à descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde, 2001, 114 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116).

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Pesquisa de Sustentabilidade.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. Portal da Saúde. Brasília: Secretaria Executiva/Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/visualizar_texto.cfm?idtxt=22795#PNDI. Acessado em 05 de outubro de 2005.

NUNES T.C.M., 1998. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 194 p.

OLIVEIRA P.T.R., 2005. **O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

PEREIRA A.T., 1980. **Profissionais de saúde numa instituição de Estado: relato de uma experiência**. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PESSÔA L.R., 2005. **Mergulho em Montes Claros**: desafios da alocação de recursos na Rede SUS. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

PINTO, Luiz Felipe e SORANZ, Daniel Ricardo. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, 2004, vol.9, n. 1, p. 85-98.

ROSAS E.J., 1981. **A Extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil**: PIASS - Análise de uma experiência. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; OLIVEIRA, Andreia Ferreira de; LEITE, Iúri da Costa et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, out./dez. 2004, vol. 9, n. 4, p. 897-908.

SOUZA, Celina. **Intermediação de interesses regionais no Brasil**: o impacto do federalismo e da descentralização. *Dados*, 1998, vol. 41, n. 3.



AV. Romualdo Galvão, 1017, Tirol - Natal/RN - CEP 59022-460
FONE/FAX - COSEMSRN (84) 3222-8996
PABX/FEMURN (84) 3212-2545 - Ramal 26 (cosemsrn)
cosemsrn@digí.com.br