

Diálogo Temático:

Rede Hospitalar do RN

APRESENTAÇÃO

O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde vem se alicerçando durante os últimos anos, passando a ser tratado como importante mecanismo para aferir os resultados voltados para a gestão descentralizada, uso eficiente dos recursos e decorrências advindas das diversas pactuações formalizadas.

É uma grande satisfação contribuir com o fortalecimento do planejamento institucional, entendendo ser um momento impar de discussões e revisões de alguns processos de trabalho, objetivando oportunizar a troca de experiências em um processo coletivo de construção de um sistema de saúde baseada na realidade local e suas adversidades, enfrentando, ainda os desafios de formular e utilizar os instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Saúde), inseridos no novo contexto delineado pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990).

Como o próprio título do encontro diz será um diálogo temático, onde conhecimentos e informações decorrentes das experiências de cada um conformarão o todo do trabalho, além da fundamentação e explanações técnicas que contribuirão para fortalecer a reflexão sobre a operacionalização do planejamento, monitoramento, controle e avaliação das ações de saúde.

Sejam bem vindos!

INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

1 PLANO DE SAÚDE

O Plano de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, reflete as necessidades de saúde da população e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde, em cada esfera de governo.

É a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de governo, sendo elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente.

O Plano de Saúde, em cada esfera de governo, contempla as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e aquelas afetas às especificidades de cada território. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população e os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde - epidemiológica, sanitária e ambiental – e assistência farmacêutica).

O processo de elaboração do Plano de Saúde compreende um momento de identificação das necessidades de saúde e de análise situacional, e um de definição de diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos, onde são consideradas as condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde; os determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersectorialidade); e a gestão em saúde.

2 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano de Saúde são objeto de explicitação de sua Programação Anual de Saúde, onde são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos orçamentários que operacionalizam o Plano naquele ano específico. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente, coincidindo como período definido para o exercício orçamentário e a Lei Orçamentária Anual.

A Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; as metas anuais para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação; e os recursos orçamentários necessários ao seu cumprimento.

Na Programação Anual de Saúde é definida a totalidade das ações e serviços de saúde, nos seus componentes de gestão e de atenção à saúde, neste último incluída a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, conforme disposto na RENASES e RENAME.

3 PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência a saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. A partir desse processo ocorre a identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde.

A elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde deve ocorrer nas regiões de saúde, como atribuição das Comissões Intergestores Regionais, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite. Assim, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde desenvolvida no âmbito das regiões e integrada em âmbito estadual, contribui para a conformação e organização da rede de atenção à saúde.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde compõe o Anexo II do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

4. RELATÓRIO DE GESTÃO

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Reflete ainda os resultados dos compromissos e responsabilidades assumidos pelo ente federado no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), firmado na região de saúde. Constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Para tanto, o Relatório Anual de Gestão contém: (i) o resultado da apuração dos indicadores da Programação; (ii) a análise da execução da programação física e orçamentária/financeira; (iv) a análise do cumprimento dos compromissos firmados no COAP; (iii) e as recomendações julgadas necessárias e que reorientam o Plano de Saúde e as novas Programações.

O conteúdo do RAG contempla os seguintes elementos constitutivos: as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano de Saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na Programação Anual de Saúde; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a análise da execução da Programação Anual de Saúde, a partir das ações, metas e indicadores; e as recomendações para a Programação do ano seguinte e para eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente.

O Relatório Anual de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, sendo que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o envio dos seus Relatórios Anuais de Gestão aos respectivos Tribunais de Contas, devendo guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

A elaboração do Relatório Anual de Gestão utiliza a ferramenta eletrônica Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória, e observa o disposto abaixo:

- a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios alimentarão o SARGSUS no primeiro trimestre de cada ano e os respectivos Conselhos de Saúde registrarão no sistema a apreciação do Relatório até o dia 31 de maio de cada ano.
- as CIBs e a CIT acompanharão mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios Anuais de Gestão do Estado e do conjunto dos Municípios, no que diz respeito à sua elaboração e apreciação pelos respectivos Conselhos.
- a CIT acompanhará mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios Anuais de Gestão da União, dos Estados e do conjunto dos Municípios, no que diz respeito à sua elaboração e apreciação pelos respectivos Conselhos e os disponibilizará às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde.

O Relatório Anual de Gestão é instrumento utilizado nas ações de auditoria e controle do sistema, devendo estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

Ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é importante que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios. Os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados para essa avaliação, que, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve a análise do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as medidas que devem ser implementadas ou reordenadas para que se garanta a transformação da realidade sanitária no território.

5 MAPA DA SAÚDE

O Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS (próprio e privado complementar) e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

No processo de planejamento, o Mapa da Saúde é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde.

Fornecer elementos para a definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, o Mapa da Saúde orienta o planejamento integrado dos entes federativos, subsidia o estabelecimento de metas de saúde a serem monitoradas pelos gestores e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e permite acompanhar a evolução do acesso da população aos serviços de saúde nas diversas regiões de saúde e os resultados produzidos pelo sistema.

As informações que constituem o Mapa da Saúde devem possibilitar aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e serviços de saúde, contemplando, dentre outros, o georreferenciamento de informações afetas aos seguintes temas:

I. Estrutura do Sistema de Saúde:

- a. Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais;
- b. Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos.

II. Redes de atenção à saúde: contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, a rede de atenção às urgências, a rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade.

III. Condições socio sanitárias: evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados sócio-econômicos e demográficos. Sistematiza também informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde. Guarda relação direta com o Indicador Nacional de Acesso e Qualidade, na medida em que reflete indicadores que o compõe.

IV. Fluxos de acesso: evidenciando o caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.

V. Recursos financeiros: explicita os recursos de investimentos e custeio das três esferas de governo que financiam o sistema.

VI. Gestão do trabalho e da educação na saúde: identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho, número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores.

VII. Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde: apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.

VIII. Gestão: evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do Indicador Nacional de Acesso e Qualidade.

A construção do Mapa da Saúde é parte integrante do processo de planejamento e inicia com a representação geográfica da situação sanitária, construída a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, na perspectiva de auxiliar o processo de identificação das necessidades de saúde da população e de análise situacional. Nesse momento, é demonstrada a realidade de saúde e indicadas as metas que precisam ser cumpridas diante de lacunas, excessos ou reordenamento de equipamentos, serviços, profissionais, dentre outros.

Com a definição das metas da saúde contratualizadas no COAP, é elaborado o Mapa de Metas, retrato da situação a ser buscada (imagem-objetivo) e que evidencia as metas de saúde a serem alcançadas dentro de um marco de tempo definido no referido contrato, no tocante à estrutura e produção de serviços de saúde.

6 PLANEJAMENTO DA SAÚDE INTEGRADO

O processo de formulação ascendente e integrado do planejamento da saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Para o cumprimento dessa orientação, verifica-se a dificuldade de se

indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, região e estado do País.

Entretanto, é necessário partir de consensos quanto à modelagem desse processo, explicitando os elementos essenciais do planejamento no âmbito municipal, estadual, nacional e regional - onde há a confluência do planejamento de cada ente federado, concretizando sua integração e resultando na construção do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

O planejamento do SUS se materializa a partir de uma dinâmica ascendente e descendente, reconhecendo-se assim que em cada uma das esferas de gestão do SUS são vivenciados processos e dinâmicas que influem na saúde da população. Nesse sentido, há uma direção descendente de políticas e planejamento, que se refere às prioridades comuns a todo o País e que contempla linhas mais estratégicas, expressas em Diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional de Saúde para composição dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal. Por outro lado, há também uma direção ascendente de integração das propostas próprias do planejamento de cada ente federado, referidas à realidade específica de cada território.

É no município que se inicia o conhecimento das necessidades territoriais. A gestão municipal em seu primeiro ano ajusta e executa o último ano Plano de Saúde Municipal em curso, conhece os planejamentos regional, estadual e nacional vigentes, elabora o diagnóstico territorial e propõe as iniciativas que conformarão a política de saúde no âmbito municipal, observando ainda as diretrizes apontadas pela Conferência Municipal de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde. Este conjunto de iniciativas serve à elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. A cada ano é elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) do município, contendo as ações que assegurarão o cumprimento do Plano Municipal de Saúde naquele ano.

O planejamento municipal deve guardar coerência com as pactuações e planejamento realizados na Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito das regiões de saúde, de modo que o Plano de Saúde Municipal expressará as diretrizes do Plano Nacional de Saúde e do Plano Estadual de Saúde, modeladas à realidade local, além das diretrizes, objetivos e metas próprias daquele território, bem como os recursos cuja execução corresponde à esfera municipal, atendendo assim às especificidades territoriais.

A região de saúde se configura como lócus de governança do sistema de saúde, exercida no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR. Nessa comissão, gestores municipais e gestor estadual pactuam e deliberam questões importantes para a realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, otimizando a utilização de seus recursos físicos e financeiros e força de trabalho para superação dos problemas de saúde, num exercício permanente de planejamento integrado.

O planejamento da saúde integrado, realizado no âmbito regional, parte do reconhecimento das dinâmicas presentes no território e que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios da região. Observa as diretrizes, os objetivos

e as metas estabelecidas nos planos de saúde de cada ente federado, aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Pressupõe uma dinâmica que contemple momentos interdependentes que possibilitem: (i) a identificação das necessidades de saúde da população da região (ii) a definição das diretrizes, dos objetivos e das metas para a região; (iii) a programação geral das ações e serviços de saúde, a qual é essencial ao alcance das metas estabelecidas para a região; e (iv) o monitoramento permanente e a avaliação das ações implementadas.

Nesse sentido, no processo de planejamento em âmbito regional são inicialmente identificadas as necessidades de saúde da população da região, mediante a análise da situação de saúde, utilizando o Mapa da Saúde como ferramenta de apoio. A partir das necessidades de saúde, são definidas as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, bem como os objetivos plurianuais e as metas anuais de saúde para a região, em consonância com o disposto nos planos de saúde dos entes federados. Nesse momento é feita a priorização das intervenções de saúde, buscando superar os principais problemas evidenciados na análise da situação de saúde.

As iniciativas necessárias à operacionalização das diretrizes e objetivos estabelecidos para a região e que contribuirão para o alcance das metas são definidas em um processo de programação. Esse processo constitui a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e deve ser dinâmico, permitindo ajustes e novas reprogramações, introduzindo as programações de custeio - físicas e financeiras - resultantes da implantação de novos serviços ou a expansão de serviços já existentes.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde abrange a totalidade das ações de assistência à saúde de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. Essa Programação será estruturada e implementada na região de saúde, compondo o Anexo II do Contrato, substituindo todas as programações atuais, com exceção da Programação Anual de Saúde, podendo, em caráter transitório, incorporar as programações atuais e os planos de ação regionais das redes prioritárias.

A produção do planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional, materializa os compromissos de cada ente da gestão no espaço da região de saúde e deve ser articulada com os compromissos e metas estabelecidas pelas outras regiões do estado, num processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e compatibilizados nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, em programações elaboradas simultaneamente nas regiões. Nesse sentido, os processos de planejamento integrado, desenvolvidos no conjunto das regiões de saúde, contribuem para a organização das ações e serviços de saúde no âmbito estadual, e, conseqüentemente, para a conformação e integração das redes de atenção à saúde.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, expressa as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território, evidenciando o conjunto dos objetivos, ações e serviços que contribuirão para a garantia do acesso e a integralidade da atenção, de modo que

os compromissos assumidos regionalmente devem estar refletidos nos Planos de Saúde dos entes federados.

Além disso, é preciso instituir no âmbito das Comissões Intergestores Regionais o monitoramento continuado da ação em execução e a avaliação de sua implementação, de modo a possibilitar os ajustes necessários à Programação Geral e ao próprio Contrato firmado entre os entes, na perspectiva de concretização daquilo que se pretenda alcançar.

O planejamento da saúde em âmbito estadual será realizado de maneira regionalizada, observando as necessidades de saúde suscitadas nos municípios que compõem as regiões de saúde. Dessa forma, os planos estaduais de saúde expressam o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, o desenho das redes de atenção à saúde, bem como as diretrizes estabelecidas para as regiões, dialogando com o processo de planejamento integrado da saúde.

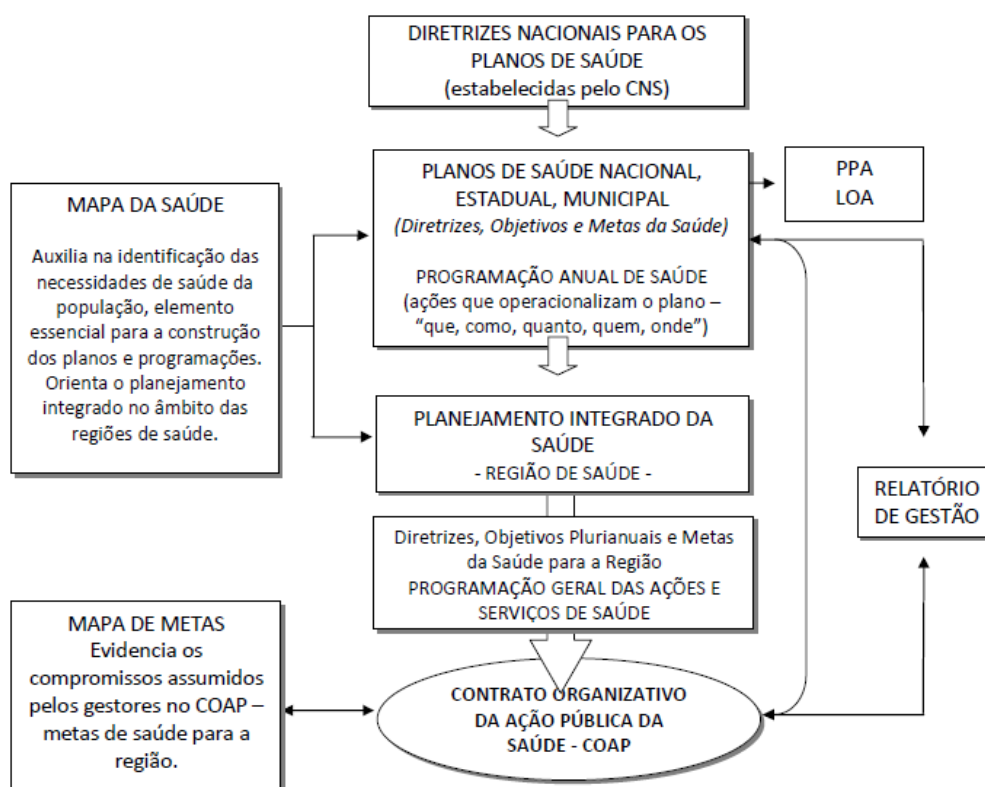
Contemplam ainda as diretrizes e objetivos do Plano Nacional de Saúde que são aplicáveis à realidade estadual, bem como as diretrizes e objetivos próprios do estado e os recursos cuja execução corresponde ao gestor estadual, atendendo as especificidades territoriais e a integração dos planos de saúde municipais. A cada ano é elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) do estado, contendo as ações que assegurarão o cumprimento do Plano Estadual de Saúde naquele ano.

No âmbito nacional, o processo de planejamento segue a orientação de partir dos problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, assim como para a organização e gestão do sistema, conformando o Plano Nacional de Saúde, a ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Na elaboração do Plano Nacional de Saúde são observadas as diretrizes e conclusões da Conferência Nacional de Saúde, definidas as diretrizes de saúde comuns a todo o país, os objetivos e metas nacionais, bem como os compromissos e recursos cuja execução corresponde ao gestor federal.

Compete ainda à gestão federal a formulação da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, a ser pactuada na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, e executá-la conforme pactuação com Estados e Municípios; coordenar nacionalmente, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde; e o gerenciamento, em âmbito nacional, dos sistemas de informação em saúde.

ELEMENTOS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO DA SAÚDE E INTERRELAÇÕES



REGRAS DE TRANSIÇÃO

Na perspectiva de manter coerência com o disposto no Decreto 7.508/2011 e tendo em vista a incorporação do COAP como instrumento de gestão do SUS, é necessário revisar processos e instrumentos de gestão atualmente constituídos e que dialogam o planejamento, no intuito de evitar duplicidades e fragmentação.

Nesse sentido, são apresentados abaixo os instrumentos objeto da análise e as definições quanto à sua reorientação ou substituição.

Termo de Compromisso de Gestão - TCG

Firma as responsabilidades sanitárias e atribuições dos gestores quanto ao Pacto de Gestão e os objetivos e metas assumidos por estes no Pacto pela Vida, bem como os indicadores de seu monitoramento.

As responsabilidades sanitárias dos gestores quanto à organização, execução das ações e serviços de saúde e financiamento do sistema estarão contempladas no COAP, o qual substituirá o TCG, sendo os conteúdos deste incorporados ao contrato, no que couber.

Termo de Limite Financeiro Global - TLFG

Explicita os recursos de custeio Federal, Estadual e Municipal, correspondente a cada bloco de financiamento.

A responsabilidade de cada ente federado no financiamento do sistema será objeto da Parte III do Contrato, onde estarão explicitados os recursos de custeio e investimentos.

Declaração de Comando Único - DCU

Explicita a gestão dos prestadores de saúde situados no território de um determinado município e registra a pactuação acerca dos estabelecimentos de saúde que serão descentralizados.

As informações sobre gestão dos prestadores de serviços estarão contempladas nas responsabilidades executivas do COAP (Parte II), não havendo necessidade de duplicar seu registro.

Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos - PCEP

Formaliza a relação entre gestores do SUS nas situações em que as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra.

Contempla a definição da oferta e fluxos de serviços, as metas qualitativas e quantitativas das ações e serviços desenvolvidos nas unidades de saúde, bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação.

Fica mantido o PCEP para a contratualização, entre gestores, de serviços que estão sob gestão de um ente e gerência do outro.

Extrato do PCEP

O extrato sistematiza as informações dos PCEPs celebrados, para efeito de conformação da documentação de adesão ao Pacto pela Saúde.

As informações sobre os PCEPs celebrados são acompanhadas de forma sistemática pela SAS/DRAC, não havendo necessidade de duplicidade de envio de informações. Nesse sentido propõe-se a extinção do instrumento e manutenção do acompanhamento pela SAS/MS.

Plano Diretor de Regionalização - PDR

O PDR expressa o planejamento regional da saúde. Contém no seu escopo o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde e os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas nos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Demonstra ainda os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. Reflete as necessidades para alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência na região de saúde e da alta complexidade na macrorregião. Contempla as necessidades da vigilância em saúde, sendo desenvolvido de forma articulada com a PPI.

Conforme estabelecido no Decreto 7508/2011, o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, de modo que o Plano Estadual de Saúde expressará no seu conteúdo o desenho das regiões de saúde instituídas, bem como as redes de atenção à saúde organizadas no território das regiões e entre estas. Além disso, o exercício da governança do SUS, no âmbito das regiões de saúde, vivenciado nas Comissões Intergestores Regionais, demanda um processo permanente de planejamento, cujos produtos são expressos no COAP.

Assim, o conteúdo do PDR – desenho das regiões de saúde, investimentos estaduais e redes de atenção à saúde – constará no Plano Estadual de Saúde. O Mapa da Saúde subsidiará a visualização do desenho das regiões de saúde e o COAP consubstanciará as responsabilidades organizativas e executivas dos entes federativos após planejamento integrado da saúde, e expressará os investimentos das três esferas de governo que serão aportados nos municípios que compõem as regiões de saúde.

Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde - PPI

A PPI é o processo onde são definidas e quantificadas, em consonância com o planejamento, as ações de saúde para a população residente em cada território e efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, organizando os fluxos de referenciamento.

Visa ainda nortear a alocação dos recursos financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

O processo de elaboração da PPI será remodelado, em consonância com o planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional. Contemplará a totalidade das ações de assistência à saúde de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. Será denominada Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde e integrará o COAP. A PPI Assistencial atualmente vigente poderá, em caráter transitório, integrar a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde.

METAS E INDICADORES¹

“Do ponto de vista de políticas públicas, os indicadores são instrumentos que permitem identificar e medir aspectos relacionados a um determinado conceito, fenômeno, problema ou o resultado de uma intervenção na realidade. A principal finalidade de um indicador é traduzir, de forma mensurável, determinado aspecto de uma realidade dada (situação social) ou construída (ação de governo), de maneira a tornar operacional a sua observação e avaliação.

A literatura aponta diversas acepções acerca de indicadores, todas guardando certa similaridade conceitual. Segundo Ferreira, Cassiolato e Gonzales (2009), por exemplo: “O indicador é uma medida, de ordem **quantitativa ou qualitativa**, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado”.

Cabe salientar, entretanto, que, segundo Jannuzzi (2003), o registro de um determinado cadastro administrativo ou uma estatística produzida por uma instituição especializada não é necessariamente um indicador.

Além disso, tanto em áreas de pesquisa social, como a saúde, quanto para o desenho e a implantação de Políticas e Planos, os indicadores surgem como uma mediação entre a teoria e as evidências da realidade, constituindo instrumentos capazes de identificar e medir algum tipo de fenômeno social, estabelecido a partir de uma reflexão teórica (CARDOSO, 1998)”.

É importante destacar também que a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

Em termos gerais, os indicadores são **medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde**, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador

¹ Texto adaptado da publicação Indicadores de Programas: Guia Metodológico / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos – Brasília: MP, 2010.

é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua **validade** (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua **sensibilidade** (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e **especificidade** (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são:

- **Mensurabilidade** (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir),
 - **Relevância** (responder a prioridades de saúde) e,
 - **Custo-efetividade** (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos).
- Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

ORIENTAÇÕES PARA FORMULAÇÃO DA PAS

Essas orientações foram baseadas em material encontrado na Internet, mas foram alteradas e contém impropriedades.

Orientações para a elaboração da PAS

Senhores coordenadores, gerentes e equipes da Secretaria de Saúde de...

Leiam e analisem atentamente as instruções que se seguem e, com base nestas, elabore a PAS correspondente a sua área, utilizando a planilha apresentada no final.

A) Definições básicas

Objetivo - É a situação concreta que se quer atingir. Use verbos no infinitivo para defini-los. Ex: Qualificar o atendimento dos serviços de alimentação e dietética ou Adequar Setor de Emergência à Norma RDC 50. Deverá ser extraído do Plano Estadual de Saúde - PES, que tem objetivos específicos para cada uma das quatro linhas ou eixos que compõe o Plano.

Diretriz - É um detalhamento programático dos objetivos de cada linha do PES. As diretrizes também deverão ser extraídas do PES de acordo com os objetivos selecionados.

Meta do PES - São os objetivos quantificados das ações contidas no PES. Deverão ser extraídos conjuntamente com as ações que forem selecionadas para execução no exercício (a que se refere a PAS).

Ação - É a descrição da atividade programada para ser desenvolvida. Ex: Realizar aperfeiçoamento em boas práticas para copeiras e cozinheiras ou Reformar o Setor de Emergência. Deverá também ser extraída do PES, que tem várias ações para cada diretriz e, portanto, cabe a cada área da SES identificar as ações mais adequadas para execução no exercício (a que se refere a PAS).

Meta anual - A partir da meta para cada ação contida no PES, a meta anual será a quantificação dos resultados esperados para o final do exercício, podendo corresponder total ou parcialmente à meta estabelecida para a ação no PES (que vale para o quadriênio). Corresponde a quanto se pretende alcançar da meta do PES, e é representada em número absoluto ou %. Ex: 400 m² ou 100%

Indicador - É o que mede, indica, demonstra, revela o objetivo de forma quantitativa. Determina a forma de quantificar o objetivo proposto para permitir o monitoramento da PAS. Ex: Número de copeiras/cozinheiras treinadas/ Número de copeiras/cozinheiras existentes X 100 ou n° de m² reformados.

Valor e fonte de recursos - É o montante de recursos previstos para a execução da ação, se for uma ação que exija recursos financeiros. Deverá ser expresso em valores estimados ou orçados em Reais. Exemplo: Fontes: Tesouro (0100, 3100) ou Federal (0223, 0228, 0240, ...). Ex: R\$ 55.600,00 Fonte 0100. O valor e as fontes deverão estar de acordo com os recursos já definidos para execução na LOA do ano correspondente, sendo importante, caso possível, a indicação do projeto atividade associado com a ação selecionada.

DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

De acordo com o que está publicado no Plano Nacional de Saúde (2012 a 2015), têm-se as diretrizes para a Gestão do SUS no respectivo quadriênio. Eleja, preliminarmente, as prioridades para o Estado do RN no mesmo período, apontando as metas por ano que devam ser atingidas pelos dirigentes do sistema estadual de saúde:

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Diretriz 9 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.

Diretriz 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.

Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Diretriz 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE²

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.

Nela são detalhadas a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde, as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo plano, bem como os responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações. São apresentados também os indicadores de processo para o seu monitoramento.

As ações são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde. São exemplos de ações:

- Contratar profissionais para compor as equipes de saúde bucal;
- Realizar cursos para as equipes de saúde bucal.

As metas anuais da programação são expressões quantitativas das ações definidas. O estabelecimento das metas anuais deve levar em conta, necessariamente, as metas definidas no Plano de Saúde. Considerando as ações apresentadas anteriormente, são exemplos de metas anuais da Programação:

- Contratar (x) dentistas e (y) técnicos em higiene dental;
- Realizar (x) cursos para as equipes de saúde bucal.

Atualmente, existem no SUS distintos instrumentos e sistemas informatizados de programação, como a Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI/ Assistência) e a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

Esses instrumentos apresentam aberturas programáticas específicas, de acordo com o objeto da pactuação. Assim sendo, na PPI estão pactuados os procedimentos e recursos financeiros relativos à assistência à saúde.

A Programação Anual de Saúde é um instrumento essencial para o funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS, que deve levar em conta ou ser o orientador de todos os instrumentos específicos da programação existente, como os anteriormente citados, assim como os outros definidos no escopo do Pacto pela Saúde, tais como o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento.

O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário, ou seja, um ano calendário. Portanto, as bases legais para sua elaboração são: a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA.

² Texto retirado da publicação Manual de orientação para gestores municipais da saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis: IOESC, 2008.

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que reúne, portanto todas as iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão, em determinado ano, devendo, a exemplo da elaboração do Plano de Saúde, ser coordenada pela área de planejamento ou no caso de sua inexistência, por uma equipe designada para esse fim.

São objetivos da Programação Anual de Saúde:

- Integrar o processo geral de planejamento das três esferas de governo, de forma ascendente, coerente com os respectivos planos municipais, estadual e nacional de saúde, para o ano correspondente;
- Consolidar o papel do gestor na coordenação da política de saúde;
- Viabilizar a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde;
- Definir a macro-alocação dos recursos do SUS para financiamento do sistema;
- Promover a integração dos sistemas municipais de saúde;
- Explicitar o pacto de gestão e o comando único em cada esfera de governo;
- Contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação de resultado e controle das ações e serviços de saúde.
- Do ponto de vista da estrutura, a Programação Anual de Saúde
- deve atender minimamente o seguinte formato:
- Definir as ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- Estabelecer as metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
- Identificar os indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação;
- Definir os recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

A seleção dos indicadores que permitirão o monitoramento da programação deve ser feita também com especial atenção. Como no Plano de Saúde, é importante considerar as fontes a serem usadas.

Proposta de estrutura da Programação Anual de Saúde (PAS)

Ano:

Identificação (esfera de gestão correspondente):

Ato ou reunião do Conselho de Saúde (respectivo que aprovou o PS):

Objetivo do Plano de Saúde (PS)(*):

Diretrizes (do PS para o alcance do objetivo):

Metas (relativas ao PS):

Quadro – Ações anuais

Ações e metas anuais (**)		Recursos orçamentários (R\$1,00)	Origem dos recursos (programa/ação do PPA)	Área responsável (unidade administrativa)	Parcerias	Observações
Ações	Metas					

(*) Esse cabeçalho e o quadro serão repetidos tantas vezes quanto for o número de metas do PS.

(**) Devem incluir aquelas constantes do Termo de Compromisso de Gestão.

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

- I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;
- III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;
- IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;
- V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;
- VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;
- VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e
- VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

- I - seus limites geográficos;
- II - população usuária das ações e serviços;
- III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
- III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:
I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

- II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- IV - indicadores e metas de saúde;
- V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
- IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

- I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
- II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e
- III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterà seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190ª da Independência e 123ª da República.

DILMA ROUSSEFF

Alexandre Rocha Santos Padilha

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.6.2011

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

- I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
- IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

3

CAPÍTULO II
DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

- I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

CAPÍTULO III
DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
Seção I
Dos Recursos Mínimos

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Seção II

Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (VETADO).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (VETADO).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º As instituições financeiras referidas no § 3º do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4º (VETADO).

Seção III

Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção V

Disposições Gerais

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações

e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II - à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º;

II - (VETADO).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do

parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

§ 2º Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3º Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4º A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5º a 7º.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

CAPÍTULO IV

DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Seção I

Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Seção II

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

Seção III

Da Prestação de Contas

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

Seção IV

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar.

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

- I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
- III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
- IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

- I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;
- II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 45. (VETADO).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Art. 47. Revogam-se o § 1º do art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191ª da Independência e 124ª da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Guido Mantega

Alexandre Rocha Santos Padilha

Eva Maria Cella Dal Chiavon

Luís Inácio Lucena Adams

Portaria GM/MS Nº 161/2010

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.161, de 21 de janeiro de 2010.

Dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos. Brasília/DF. 2010.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a necessidade de formalizar a relação entre gestores do Sistema Único de Saúde, quando unidades públicas prestadoras de serviços, situadas no território de um Município, estão sob a gerência de determinada Unidade da Federação e gestão de outra;

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

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

Considerando a Portaria nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, bem como seus objetivos, pressupostos, eixos orientadores e produtos; e

Considerando a decisão proferida na 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, no dia 27 de agosto de 2009, resolve:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, ora designado Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos.

Art. 2º O Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos PCEP é o instrumento que se destina à formalização da relação entregestores do Sistema Único de Saúde quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra.

§ 1º Para fins desta Portaria, conceitua-se gerência, nos termos do Pacto pela Saúde -2006, como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde.

§ 2º Esta Portaria não se aplica aos hospitais universitários federais.

Art. 3º O PCEP deverá contemplar a definição da oferta e fluxos de serviços, metas qualitativas e quantitativas, bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação.

Art. 4º O PCEP deverá conter, na forma do Anexo a esta Portaria, o Plano Operativo Anual relativo a cada unidade que o integrarem, exceto em caso de complexos hospitalares.

Parágrafo único. O Plano Operativo Anual deverá conter:

- I - definição das metas físicas das unidades, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contrarreferência;
- II - definição das metas de qualidade; e
- III - descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão.

Art. 5º O Plano Operativo Anual deverá explicitar as metas físicas assumidas pelo gestor, relativas ao período de 12 meses, a partir da data de assinatura do PCEP, devendo ser anualmente revistas e incorporadas ao PCEP, mediante a celebração de Termo Aditivo.

Art. 6º A transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS), relativa ao valor do PCEP, deverá ser feita preferencialmente para o Fundo de Saúde do ente que gerencia a unidade pública de saúde.

§ 1º Os recursos de custeio de ações e serviços de saúde a serem transferidos serão correspondentes, preferencialmente, à realização das metas pactuadas no Plano Operativo Anual e não por produção de serviços.

§ 2º O início da transferência dos recursos pelo FNS, inclusive no caso de alteração de valores, ocorrerá a partir do registro das informações do PCEP no quadro nº 04 da Portaria nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006, a ser encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite.

§ 3º A suspensão ou término da transferência dos recursos pelo FNS apenas será realizada a partir de sua notificação à Secretaria de Atenção à Saúde, por qualquer dos entes partícipes do PCEP, ou pelo término da vigência deste, respectivamente.

Art. 7º O acompanhamento e a avaliação dos resultados do PCEP devem ser realizados por Comissão de Acompanhamento, a ser instituída pelos gestores signatários do PCEP, que se reunirá no mínimo trimestralmente, e sempre quando necessário, integrada por representantes paritários designados pelas partes envolvidas no PCEP, desempenhando as seguintes competências:

- I - avaliar o cumprimento das metas físicas pactuadas, mediante o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais;
- II - propor, quando necessário, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que não alterem seu objeto; e
- III - propor indicadores de avaliação do Plano Operativo Anual.

Art. 8º As divergências na negociação e pactuação do PCEP, nas quais não seja possível acordo entre os gestores do Sistema Único de Saúde, serão remetidas à Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 9º O documento de orientação para elaboração do PCEP será publicado na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 10. Será concedido prazo de até 90 (noventa) dias, a partir da publicação desta Portaria, para que os gestores do Sistema Único de Saúde cujos Termos de Compromisso entre Entes Públicos,

celebrados nos termos da NOAS SUS 01/2002, se encontram com vigência expirada, se ajustem ao estabelecido nesta Portaria.

Art. 11. Será respeitada a vigência de um ano dos Termos de Compromisso entre Entes Públicos em vigor, que poderão ser revistos a qualquer tempo, se adequando aos termos desta Portaria.

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

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

Orientações para elaboração do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

I - OBJETO

1. O objeto do PCEP é formalizar a cooperação entre os entes públicos na prestação de serviços de saúde e respectiva remuneração para as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, que estão sob a gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra, definindo o papel da unidade no sistema municipal e locorregional, o perfil dos serviços a serem ofertados através das metas físicas e qualitativas, de acordo com as necessidades de saúde da população, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação.
2. Devem integrar o PCEP na forma de anexo: a) relação das unidades de saúde e sua respectiva programação orçamentária; e
b) Plano Operativo Anual de cada unidade relacionada no item acima.

II - PLANO OPERATIVO ANUAL

1. A execução do Plano Operativo Anual de cada unidade que compõe o PCEP contempla o seu papel no planejamento municipal e locorregional de acordo com a abrangência dos Municípios a serem atendidos e o perfil dos serviços a serem oferecidos, previamente definidos no Plano Diretor de Regionalização e na Programação Pactuada Integrada do Estado.
2. O Plano Operativo Anual deverá conter as metas físicas assumidas pela Secretaria relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do PCEP, devendo ser anualmente revistas e incorporadas ao PCEP, mediante a celebração de Termo Aditivo.
3. As metas físicas poderão sofrer variações no decorrer do período, observando-se o limite mensal de 10% (a maior ou a menor), sem alteração no valor financeiro, verificados o fluxo da clientela e as características da assistência, tornando-se necessário que o ente federado responsável pela gestão e o ente responsável pela gerência da unidade promovam as respectivas alterações.

III - COMPETÊNCIAS

1. Compete ao ente que detiver a gestão da unidade:

- a) exercer o controle e a avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados na unidade de saúde, bem como monitorar as unidades de saúde constantes do Anexo I na execução do Plano Operativo Anual;
- b) processar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a estes;
- c) alimentar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou em complementação a este. No cadastro da Unidade de Saúde que for objeto de PCEP, devem constar, em campo específico, informações relativas ao termo firmado;
- d) encaminhar os atendimentos, exceto de urgência e emergência, incluindo as cirurgias eletivas, através da Central de Regulação, a partir do momento de sua implantação;
- e) analisar os Relatórios Mensais e Anuais enviados pelo gerente e dos dados disponíveis no SIA e no SIH;
- f) acompanhar e avaliar de forma permanente o grau de consecução das metas; e
- g) realizar auditorias operacionais.

2. Compete ao ente que detiver a gerência da unidade:

- a) alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que os substitua ou complemente;
- b) apresentar à Secretaria Municipal de Saúde - SMS ou à Secretaria de Estado da Saúde - SES o Relatório Mensal até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados;
- c) apresentar ao ente gestor o Relatório Anual até o 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses, incluindo informações relativas à execução do PCEP com a apropriação por unidade de saúde;
- d) apresentar ao ente gestor as informações constantes do Plano Operativo Anual, relativas a cada uma das unidades que compõem o PCEP;
- e) disponibilizar todos os serviços das unidades de saúde que integram o PCEP na Central de Regulação, considerando a abrangência do complexo regulador, a partir do momento de sua implantação;
- f) cumprir, através das unidades de saúde que integram o PCEP, o Plano Operativo Anual, conforme estabelecido; e
- g) garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, de acordo com o perfil da unidade.

3. Compete a ambas as partes:

- a) elaborar o Plano Operativo Anual de acordo com a Programação Pactuada Integrada;
- b) promover as alterações necessárias no Plano Operativo Anual, sempre que a variação das metas físicas e conseqüentemente o valor mensal ultrapassar o limite de 10%;
- c) informar ao Ministério da Saúde, quando houver alteração dos recursos financeiros até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo valor, conforme o estabelecido nos artigos 9º e 10, da Portaria nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006; e
- d) analisar os Relatórios Mensais e Anuais, comparando as metas com os resultados alcançados

e com os recursos financeiros repassados.

IV - RECURSOS FINANCEIROS

1. Os recursos anuais para a execução do PCEP serão repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos mensais, ao Fundo de Saúde do ente federativo definido de acordo com a pactuação prevista no PCEP.
2. A Secretaria de Estado de Saúde e/ou a Municipal de Saúde adotarão as medidas necessárias para garantir o repasse dos recursos que garantam o funcionamento das unidades.
3. O início da transferência dos recursos pelo FNS, inclusive no caso de alteração dos valores, ocorrerá a partir do registro das informações do PCEP no quadro nº 04 da Portaria nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006, a ser encaminhado à Secretaria de Atenção à Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite.
4. A suspensão ou término da transferência dos recursos pelo FNS apenas será realizada a partir de sua notificação à Secretaria de Atenção à Saúde, por qualquer dos entes partícipes do PCEP, ou pelo término da vigência deste, respectivamente.

V - ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

1. O acompanhamento e a avaliação dos resultados do PCEP serão realizados por uma Comissão de Acompanhamento, a ser composta pelas partes, que designarão, de forma paritária, um ou mais técnicos.
2. Essa Comissão reunirá-se, no mínimo, trimestralmente, para realizar o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais, avaliando o cumprimento das metas físicas pactuadas, podendo propor, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Plano Operativo Anual.
3. Deverá reunir-se também, sempre que os limites físicos e financeiros forem superados, para avaliar a situação e propor as alterações necessárias no PCEP.

VI - ALTERAÇÕES

1. As partes poderão, de comum acordo e a qualquer tempo, alterar o PCEP e os Planos Operativos, com exceção do seu objeto, mediante a celebração de Termo Aditivo.
2. O volume de recursos repassados em cumprimento ao objeto desse Termo poderá ser alterado, de comum acordo, nas seguintes hipóteses:
 - a) variações nas metas físicas e consequentemente no valor global mensal superiores aos limites estabelecidos e que impliquem alterações financeiras;
 - b) alteração, a qualquer tempo, das cláusulas desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que impliquem novos valores financeiros; e
 - c) revisão anual do Plano Operativo.

VII - INADIMPLÊNCIA

1. Para eventuais disfunções havidas na execução desse Termo, o valor relativo ao repasse estabelecido na programação financeira constante poderá, mediante comunicado oficial ao ente responsável pela gerência das(s) unidades(s), ser alterado pelo ente responsável pela gestão, total ou parcialmente, nos seguintes casos:
 - a) não cumprimento do PCEP, atestado pela Comissão de Acompanhamento;
 - b) fornecimento, pela gerência, de informações incompletas, extemporâneas ou inadimplentes nos formatos solicitados pela gestora, obstaculização da avaliação, da supervisão ou das auditorias

operacionais realizadas por órgãos de qualquer nível de gestão do SUS e na falta da apresentação dos Relatórios Mensais e Anuais; e
c) não alimentação dos sistemas de informação.

VIII - CASOS OMISSOS E CONTROVERSOS

1. As divergências na elaboração e na execução do PCEP, para as quais não seja possível acordo entre os gestores, serão remetidas às instâncias de pactuação do SUS, conforme o artigo 15 da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.
2. O PCEP deve ser celebrado mediante instrumento público ou instrumento particular revestido das solenidades do § 1º do artigo 654 do Código Civil, para fins de a cessão de crédito constituir-se eficaz em relação a terceiros.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

PORTARIA Nº 650, DE 5 DE OUTUBRO DE 2011

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, resolve:

Art. 1º Dispor sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha, conforme consta no § 2º do Art. 8º da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.

Art. 2º O Plano de Ação Regional deverá ser elaborado após a realização de análise da situação da saúde da mulher e da criança de cada Município da região, e da elaboração do Desenho Regional da Rede Cegonha, conforme Art. 8º da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011.

Parágrafo único. O Plano deverá ser pactuado na Comissão Intergestora Regional - CIR, homologado na Comissão Intergestora Bipartite - CIB e no caso do Distrito Federal, a pactuação dá-se no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF.

Art. 3º Os Planos de Ação Municipais deverão ser elaborados em consonância com o Plano de Ação Regional e deverão conter pelo menos as seguintes informações:

I - Identificação da população total do Município, do número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) e do número de nascidos vivos no ano anterior, incluindo SUS - dependentes e SUS-nãodependentes;

II - Toda a programação (física e financeira) da atenção integral à saúde materna e infantil; e

III - Especificar as atribuições e responsabilidades pactuadas relacionadas ao aporte dos novos recursos disponibilizados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios de acordo com o Anexo I, desta Portaria.

Parágrafo único. A programação da atenção à saúde materna e infantil deverá incluir, minimamente, as ações constantes no Art. 7º da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, conforme ilustrado no Anexo I. No caso dos Municípios que não dispõem de serviços que realizam partos, a programação deverá conter, minimamente, os incisos I e III do Art. 7º da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011.

Art. 4º Os Planos de Ação Regionais deverão conter, pelo menos, as seguintes informações:

I - Identificação da Comissão Intergestora Regional – CIR com Municípios componentes e população;

II - Consolidação da programação da atenção integral à saúde materna e infantil dos Municípios, incluindo as atribuições e responsabilidades pactuadas relacionadas ao aporte dos novos recursos pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, de acordo com o Anexo II; e

III - A programação da atenção à saúde materna e infantil no que se refere às ações

constantes no inciso IV do Art. 7º da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, no que couber.

Art. 5º Para os cálculos físico-orçamentários dos Planos de Ação apresenta-se uma lista de parâmetros no Anexo III.

Art. 6º Para os cálculos financeiros deverão ser utilizados os parâmetros estabelecidos no Anexo II da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011.

Art. 7º Os indicadores estratégicos que serão utilizados pelo Ministério da Saúde para o monitoramento, qualificação dos componentes e certificação da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde, conforme Art. 8º da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011 constam no Anexo IV.

Art. 8º Os recursos de custeio previstos no inciso II, Art. 10, da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, serão repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas programadas nos planos de ação.

Art. 9º O Ministério da Saúde disponibilizará ferramenta eletrônica que auxiliará gestores municipais e estaduais na elaboração dos planos de ação municipal e regional, bem como servirá de instrumento de acompanhamento e monitoramento dos respectivos planos.

Art. 10 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

ANEXO I

Plano de Ação Municipal da Rede Cegonha

COMPONENTE:											
AÇÃO:				PROGRAMAÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA:							
ATIVIDADES:	INDICADOR/META:	PRAZO DE EXECUÇÃO:	MEIO DE VERIFICAÇÃO:	DIMENSIONAMENTO DA OFERTA/ANO: (calcular o quantitativo físico e financeiro novo, seguindo os parâmetros)	RECURSOS FINANCEIROS:			CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO:			
					MS	SES	SMS	2011	2012	2013	2014
								2011	2012	2013	2014

ASSINATURA DO GESTOR MUNICIPAL

ASSINATURA DO GESTOR ESTADUAL - caso haja serviços de parto e nascimento sob gestão estadual

ASSINATURA DO GESTOR FEDERAL - caso haja serviços de parto e nascimento sob gestão federal

Ações que deverão constar na planilha, entre outras:

I - Componente PRÉ-NATAL:

- realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno (se for o caso, incluir nome do(s) Município(s) de referência);
- realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno (se for o caso, incluir nome do(s) Município(s) de referência);
- vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto (se for o caso, incluir nome do(s) Município(s) de referência);

- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Na ação "a" do inciso I deverá constar como atividade, para efeitos de programação financeira, a estimativa de novos exames de pré-natal, kits para as Unidades Básicas de Saúde, kits para as gestantes e apoio ao deslocamento da gestante para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto (Art. 10 inciso I da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011).

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005 e Portaria nº 2.418/2005)
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização; e

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames); e

Na ação "a" do inciso IV deverá constar como atividade, para efeitos de programação financeira, a definição das bases do Sistema Móvel de Urgência (SAMU) que receberão incubadoras e ventiladores neonatais para o transporte seguro do recém-nascido.

ANEXO II

Plano de Ação Regional da Rede Cegonha

COMPONENTE:														
AÇÃO:					PROGRAMAÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA:									
ATIVIDADE:	MUNICÍPIO OU REGIÃO:	INDICADOR / META:	PRAZO DE EXECUÇÃO:	MEIO DE VERIFICAÇÃO:	DIMENSIONAMENTO DA OFERTA/ANO: (calcular o quantitativo físico e financeiro, seguindo os parâmetros)	RECURSOS FINANCEIROS:			CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO:					
						MS	SES	SMS	2011	2012	2013	2014		

Ações que deverão constar na planilha, entre outras:

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames); e

Na ação "a" do inciso IV deverá constar como atividade, para efeitos de programação financeira, a definição das bases do Sistema Móvel de Urgência (SAMU) que receberão incubadoras e ventiladores neonatais para o transporte seguro do recém-nascido.

Para efeitos de programação financeira, deverá constar na planilha a definição dos municípios/serviços de saúde em que haverá investimentos em: (i) Centros de Parto Normal; (ii) Casas de Gestante, Bebê e Puérpera; (iii) reforma/ampliação e aquisição de equipamentos para a adequação da ambiência de serviços que realizam partos; (iv) implantação de leitos de UTI neonatal e adulto; e (v) custeio de leitos de UTI neonatal e adulto, UCI neonatal, leitos

para gestantes de alto-risco em hospitais habilitados no atendimento da gestação de alto-risco e leitos Canguru.

É importante ressaltar que todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados de avaliação periódica, conforme Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011.

Os recursos serão repassados fundo a fundo e, posteriormente, aos serviços de saúde, na forma de incentivo, mediante contratualização, na qual estarão definidos indicadores, metas, responsabilidades e recursos.

ANEXO III

Parâmetros para os cálculos de conformação da Rede cegonha

01 - Cálculo da estimativa das gestantes em determinado território no ano: número de nascidos vivos no ano anterior + 10%

02 - Cálculo de Gestantes de Risco Habitual: 85% das gestantes estimadas

03 - Cálculo de Gestantes de Alto Risco: 15% das gestantes estimadas

04 - Número de consultas preconizadas para todas as gestantes:

Pré-natal risco habitual*	85% das gestantes
Ações	Parâmetros
Consulta médica	3 consultas/ gestante
Consulta enfermagem	3 consultas/ gestante
Consulta de puerpério	1 consulta/gestante
Consulta odontológica	1 consulta

05 - Exames preconizados para 100% das gestantes, sendo para cada gestante:

Todas as gestantes*	
Ações	Parâmetros
Reuniões educativas. unid./gestante	4 reuniões/ gestante
ABO	1 exame / gestante
Fator RH	1 exame / gestante
Teste Coombs indireto para RH-	1 exame para 30% do total gestantes
EAS	2 exames / gestante
Glicemias	2 exames / gestante
Dosagem de Proteinúria-fita reagente	1 exame para 30% do total de gestantes
VDRL	2 exames / gestante
Hematócrito	2 exames / gestante
Hemoglobina	2 exame / gestante
Sorologia para toxoplasmose (IGM)	1 exame / gestante
HBsAg	1 exame / gestante
Anti-HIV1 e anti-HIV2	2 exame / gestante
Eletroforese de hemoglobina	1 exame / gestante
Ultrassom obstétrico	1 exame/gestante
Citopatológico cérvico-vaginal	1 exame / gestante
Cultura de Bactérias para Identificação (urina)	1 exame

06 - Exames adicionais preconizados para as gestantes de alto risco, sendo para cada gestante:

Pré-natal alto risco*	15% das gestantes
Ações	Parâmetros
Cons. Especializadas	5 consultas/gestante de alto risco
Teste de tolerância à glicose	1 teste/gestante de alto risco
Ultrassom obstétrico	2 exames/gestante de alto risco
ECG	1 exame para 30% do total de gestantes de alto risco
US Obstétrico com Doppler	1 exame/gestante de alto risco
Tocardiografia ante-parto	1 exame/gestante de alto risco
Contagem de Plaquetas	1 exame para 30% do total de gestantes de alto risco
Dosagem de Ureia, Creatinina e Ac. Úrico	1 exame/gestante de alto risco
Consulta Psicossocial	1 exame/gestante de alto risco
Dosagem de proteínas-urina 24h	1 exame/gestante de alto risco

07 - Consultas e exames preconizados para 100% das crianças de 0 a 12 meses, sendo para

cada criança:

Visita domiciliar ao RN na primeira semana		1 visita na 1ª semana de vida
RN com peso \geq 2.500g (92% da população alvo)	Consulta médica	3 consultas/ano
	Consulta enfermagem	4 consultas/ano
RN com peso $<$ 2.500g (8% da população alvo)	Consulta médica	7 consultas/ano
	Consulta enfermagem	6 consultas/ano
Acompanhamento específico do RN de até 24 meses egressos de UTI		De acordo com necessidade
<u>vacinação</u> básica		De acordo com protocolo de <u>vacinação</u>
Teste do pezinho		1 exame até o 7º dia
Teste da orelhinha		1 exame. Dependendo do diagnóstico, ré-teste com especialista
Teste do olhinho		4º, 6º, 12º e 25º meses. Lembrar que o 1º teste deve ser realizado logo após ao nascimento.
Sulfato ferroso		Profilaxia dos 6 aos 18 meses
Vitamina A		Em áreas endêmicas
Consulta odontológica		2 consultas/ano - a partir do 1º dente e aos 12 meses
Consultas de especialidades		De acordo com diagnóstico e necessidade
Exames (apoio diagnóstico e terapêutico)		De acordo com diagnóstico e necessidade
Consultas/atendimentos de reabilitação		De acordo com diagnóstico e necessidade
Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças menores de 1 ano		2 a.e./população coberta/ano

08 - Consultas e exames preconizados para 100% das crianças de 12 a 24 meses, sendo para cada criança:

Consulta médica	2 consulta/ano
Consulta enfermagem	1 consultas/ano
Consultas de especialidades	De acordo com diagnóstico e necessidade
Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças de 1 a 10 anos	1 a.e./população coberta/ano
<u>vacinação</u>	De acordo com protocolo de <u>vacinação</u>
Exames (apoio diagnóstico e terapêutico)	De acordo com diagnóstico e necessidade
Consultas/atendimentos de reabilitação	De acordo com diagnóstico e necessidade

09 - Cálculo do apoio deslocamento e vale táxi para gestantes, sendo:

- R\$ 20,00 para cada gestante para deslocamento para consultas

- R\$ 30,00 para cada gestante para deslocamento para o parto 10 - Centros de Parto Normal: parâmetro populacional (a ser modelado de acordo com as necessidades locais):

PARÂMETRO	
Município	CPN
De 100 a 350 mil hab	01
De 350 a 1 milhão de hab	02
Maior de 1 milhão de hab.	03
Maior de 2 milhões de hab.	04
Maior de 6 milhões de hab.	05
Maior de 10 milhões de hab.	06

11- Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: vinculação aos hospitais/maternidades habilitados no atendimento do alto risco obstétrico secundário e terciário. 20 leitos para gestante de alto risco, puérpera e RN.

12- Parâmetro populacional para leitos (a ser modulado de acordo com as necessidades locais):

- Leitos obstétricos necessários = 0,28 leitos por 1000 habitantes SUS dependentes (média de 75% da população total)

- UTI adulto: 6% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço

- UTI neonatal: 02 leitos de UTI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
- Leitos GAR (gestação de alto-risco): 15% do total de leitos obstétricos necessários, na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
- UCI neonatal: 03 leitos de UCI neo para cada 1.000 nascidos vivos na região na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
- Leito Canguru: 01 leito Canguru para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.

PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011***Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).***

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

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

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando o disposto na Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país; e

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que altera a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, com previsão expressa acerca do Componente Hospitalar, resolve:

Art. 1º Esta Portaria organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria.

Art. 2º O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

CAPÍTULO I**DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

Art. 3º São objetivos do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;

II -garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e

III - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

Art. 4º Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;

II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;

IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e

V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

CAPÍTULO II

DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

Art. 5º Para efeito desta Portaria, são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

§ 1º Atendimento ininterrupto é aquele que funciona nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.

§ 2º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, objeto desta Portaria, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências.

§ 3º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas nesta Portaria.

Art. 6º São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos:

I -ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH);

II -ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES);

III - estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado:

a) cardiovascular;

- b) neurologia/neurocirurgia;
- c) pediatria; e
- d) traumato-ortopedia.

§ 1º As instituições hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos estabelecidos neste artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências poderão se beneficiar dos investimentos estabelecidos nesta Portaria.

§ 2º A caracterização de unidades hospitalares como excepcionalmente estratégicas para a referência regional do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências será pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e avaliada pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas poderão apresentar, ao Ministério da Saúde, projeto para readequação física e tecnológica, no valor de até R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais).

§ 1º A readequação física pode se dar por reforma ou por ampliação.

§ 2º O objetivo do projeto de readequação física e tecnológica das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência será a adequação da ambiência, com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observados os pressupostos da Política Nacional de Humanização e das normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Art. 8º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas poderão receber incentivo de custeio diferenciado de acordo com a tipologia descrita no Anexo II desta Portaria, observados os seguintes limites:

I - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Geral receberão R\$ 100.000,00 (cem mil reais), como incentivo de custeio mensal;

II - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado Tipo I receberão R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), como incentivo de custeio mensal; e

III - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado Tipo II receberão R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), como incentivo de custeio mensal.

Art. 9º O requerimento do incentivo previsto no art. 8º desta Portaria observará o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação do enquadramento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e da unidade hospitalar estratégica; e

II - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago à Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; e

III - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviço hospitalares.

Art. 10. As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital;

II - implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;

III - articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

IV - submissão da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

V - equipe multiprofissional compatível com o porte da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência;

VI - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;

VII - implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à:

a) qualificação do cuidado;

b) eficiência de leitos;

c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho;

d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

VIII - garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional;

IX - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; e

X - realização do contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

§ 1º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência deverão se qualificar em um prazo máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, previsto pelo art. 8º desta Portaria, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência, previsto pelo art. 7º desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 8º desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas no Anexo II desta Portaria.

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos nos artigos 8º e 10 desta Portaria e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

CAPÍTULO III

DOS LEITOS DE RETAGUARDA

Art. 11. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, enfermarias de retaguarda de longa permanência e leitos de terapia intensiva.

§ 1º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e de longa permanência e de leitos de terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002.

§ 2º Os novos leitos de retaguarda poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas, definidas pelo art. 6º desta Portaria, ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas.

Seção I

Das Enfermarias Clínicas de Retaguarda

Art. 12. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, por meio da organização de enfermarias clínicas, estarão aptas a receber custeio diferenciado, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária do leito novo ou qualificado.

Art. 13. Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de retaguarda de clínica médica, descrito no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de clínica médica de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - solicitação de habilitação dos novos leitos de clínica médica ou dos leitos já existentes como "leitos de clínica médica qualificados";

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos novos leitos de clínica médica ou àqueles já existentes; e

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Art. 14. As enfermarias clínicas de retaguarda serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber;

VI - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VII - garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VIII - submissão da enfermaria clínica à auditoria do gestor local;

IX - regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos;

X - taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento); e

XI - Média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação.

§ 1º As enfermarias clínicas de retaguarda deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado previsto pelo art. 12 desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 12 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares.

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

Art. 15. Os leitos de enfermaria clínica já existentes e disponíveis para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências, poderão ser qualificados, conforme requisitos do art. 14 desta Portaria, para receber o mesmo custeio diferenciado definido para os leitos novos, observada a seguinte proporção:

I - nos hospitais públicos, estaduais, distrital e municipais, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 2 (dois) leitos novos disponibilizados para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências; e

II - nos hospitais privados, conveniados ou contratados pelo SUS, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 1 (um) leito novo disponibilizado para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências.

Seção II

Das Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência

Art. 16. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de longa permanência para retaguarda das Portas de Entradas Hospitalares de Urgência estarão aptas a receber custeio diferenciado do leito, com diária de R\$ 200,00 (duzentos reais) até o 30º dia de internação e R\$ 100,00 (cem reais) a partir do 31º dia de internação.

Art. 17. Para solicitação do custeio diferenciado para enfermarias de longa permanência, descrito no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - solicitação de habilitação da enfermaria de retaguarda de longa permanência, de acordo com as normas estabelecidas em Portaria específica a ser publicada pela SAS/MS;

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago às enfermarias de retaguarda de longa permanência abertas; e

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Art. 18. As enfermarias de retaguarda de longa permanência serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria de retaguarda de longa permanência, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho, e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da sua Região de Saúde, quando couber;

VI - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos, incluindo a reabilitação;

VII - garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VIII - submissão à auditoria do gestor local; e

IX - regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos.

§ 1º As enfermarias de retaguarda de longa permanência deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado previsto pelo art. 16 desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância do prazo previsto no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 16 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares.

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

Seção III

Dos Leitos de Terapia Intensiva

Art. 19. As instituições hospitalares, públicas ou privadas conveniadas ou contratadas ao SUS, que disponibilizarem leitos de terapia intensiva específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência poderão apresentar ao Ministério da Saúde projeto para adequação física e tecnológica, no valor de até R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por leito novo.

§ 1º A readequação física pode se dar por reforma, ampliação ou aquisição de equipamentos.

§ 2º O objetivo do projeto de readequação física e tecnológica das UTI será a adequação do ambiente, com vistas à qualificação da assistência, com observância dos pressupostos da Política Nacional de Humanização e das normas da ANVISA.

Art. 20. Para solicitação do recurso de investimento previsto no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura de novos leitos de terapia intensiva, de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e

II - apresentação de proposta no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, de acordo com as normas de cooperação técnica e financeira por meio de convênios ou contratos de repasse.

Art. 21. As instituições hospitalares que disponibilizarem novos leitos de UTI, específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgências, ou que qualificarem os leitos já existentes farão jus a custeio diferenciado do leito de UTI, no valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por diária de leito.

Parágrafo único. A diferença entre o valor real da diária do leito de UTI e o repasse do recurso federal por leito deverá ser custeada por Estados e Municípios, na forma pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 22. As instituições hospitalares que possuem Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 80% (oitenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 25 desta Portaria.

Art. 23. As instituições hospitalares que não possuem Portas de entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 70% (setenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 25 desta Portaria.

Art. 24. Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de terapia intensiva, novos ou já existentes, descrito no artigo 21 desta Portaria, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de terapia intensiva de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e/ou

II - solicitação de habilitação dos novos leitos de terapia intensiva ou dos leitos já existentes como "leitos de terapia intensiva qualificados"; e

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos leitos de terapia intensiva novos ou já existentes; e

IV -início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Art. 25. As UTI serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II -equipe de UTI Tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VI - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VII - submissão à auditoria do gestor local;

VIII - regulação integral pelas Centrais de Regulação; e

IX -taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento).

§ 1º As UTI deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, previsto pelo art. 21 desta Portaria, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência, previsto pelo art. 19 desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 21 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares.

§ 5º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e o monitoramento semestral dos leitos de UTI qualificados para o recebimento do custeio diferenciado previsto e regulado nesta Seção, visando à verificação do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

CAPÍTULO IV

DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 26. Os recursos financeiros referentes ao Componente Hospitalar serão repassados seguindo as seguintes modalidades:

I - os recursos para reforma das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Ministério da Saúde (SICONV/MS) e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios do Ministério da Saúde (GESCON/MS);

II - os recursos para a compra de equipamentos e materiais permanentes para as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e as unidades de UTI serão repassados fundo a fundo, utilizando-se um dos seguintes sistemas:

a) Sistema de Pagamento do Ministério da Saúde (SISPAG/MS);

b) SICONV/MS; ou

c) GESCON/MS; e

III - os recursos de custeio serão repassados fundo a fundo.

§ 1º Em caso de não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do beneficiário, dos compromissos de qualificação assumidos, os recursos de obras, reformas e equipamentos e custeio serão imediatamente devolvidos ao FNS, acrescidos da correção monetária prevista em lei.

§ 2º A devolução de recursos repassados será determinada nos relatórios de fiscalização dos órgãos de controle interno, incluídos todos os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e também nos relatórios dos órgãos de controle externo.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27. Para garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares contempladas por esta Portaria criarão Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, compostos por:

I - coordenador da Urgência/Emergência;

II - coordenador da UTI;

III - coordenador das Unidades de internação;

IV - coordenador da central de internação do hospital; e

V - representante do gestor local.

Art. 28. Compete aos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar:

I - garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação;

- II - promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação;
- III - monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;
- IV - propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;
- V - propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos;
- VI - acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;
- VII - articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;
- VIII - manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência;
- IX - garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;
- X - atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede;
- XI - monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas;
- XII - agilizar a realização de exames necessários;
- XIII - definir critérios de internação e alta; e
- XIV - responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.

Parágrafo único. Para o alcance dos objetivos estabelecidos neste artigo, cada membro do grupo terá funções específicas cotidianas relativas ao funcionamento do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, articuladas entre si e com o conjunto de coordenadores das diversas especialidades, com agenda conjunta periódica para avaliação das atividades desenvolvidas.

Art. 29. A SAS/MS publicará portaria específica com os critérios para a reorganização das Linhas de Cuidado Prioritárias.

Art. 30. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que tratam esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 -Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; 10.1302.1220.8535 -Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; e 10.302.1220.8933-Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar.

Art. 31. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS INVESTIMENTOS E CUSTEIO DA REDE DE URGÊNCIA

ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA I - PARA LEITOS NOVOS

I.I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$300,00 X 0,85 (85% de taxa de ocupação).

I.II - Incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R\$200,00 X 0,85 (85% de taxa de ocupação).

Onde R\$200,00 = R\$300,00 - R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIH-SUS.

II - PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X R\$200,00 X 0,85% (85% de taxa de ocupação).

Onde R\$200,00 = R\$300,00 - R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que a internação nestes leitos já é faturada e paga, e que o valor de R\$100,00 já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ENFERMARIAS DE RETAGUARDA DE LONGA PERMANÊNCIA I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de Longa Permanência X 292 dias X R\$200,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%). Onde 292 dias significam 80% da utilização do leito com a diária de R\$200,00.

Somado a:

Número de leitos de Longa Permanência X 73 dias X R\$100,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%)

Onde 73 dias significam 20% da utilização do leito com a diária de R\$100,00.

LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA

I - PARA LEITOS NOVOS

I.I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$800,00 X 0,90 (90% de taxa de ocupação).

I.II - Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitearem o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH - SUS.

II - PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

III - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Considera-se aqui que as diárias destes leitos já estão sendo faturadas e pagas e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ANEXO II TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

Portas de Entrada			
Tipologia	Hospital Especializado Tipo II	Hospital Especializado Tipo I	Hospital Geral
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia/ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia/ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizações de média complexidade.
Recursos Humanos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.
Incentivo Financeiro Mensal	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00

PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO I**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

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

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

Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica

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

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

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

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

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

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

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

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

I - servidores inativos;

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO II

DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO

Seção I

Do Bloco de Atenção Básica

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

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

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

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

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

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

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

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

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

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

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos do Componente PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

§ 2º Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

§ 3º Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e levados ao conhecimento do plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e transferidos mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

§ 4º Os recursos federais referentes aos incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, poderão ser transferidos ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

§ 5º Os recursos do Componente PAB Variável correspondentes atualmente às ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

Art. 12. O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Atenção Básica está definido nas Portarias GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, nº 649, de 28 de março de 2006, nº 650, de 28 de março de 2006, nº 822, de 17 de abril de 2006, nº 847, de 2 de junho de 2005, na Portaria SAS/MS nº 340, de 14 de julho de 2004, na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 e na Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004.

Seção II

Do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Art. 13. O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC; e

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Art. 14. O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente.

§ 1º Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem aqueles atualmente designados:

I - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;

II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;

III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;

IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;

V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;

VII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI;

VII - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; e

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

§ 2º Os recursos federais de que trata este artigo, serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

Art. 15. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados pelo FAEC, serão gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e devem ser publicados em portarias específicas, conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT.

Parágrafo único. Enquanto o procedimento não for incorporado ao componente Limite financeiro MAC, este será financiado pelo Componente FAEC.

Art. 16. O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, considerando o disposto no artigo 15, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;

II - transplantes e procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e

IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

§ 1º Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade são financiados por meio do Componente FAEC, classificados no inciso III do caput deste artigo.

Art. 17. Os procedimentos da atenção básica, atualmente financiados pelo FAEC, serão incorporados ao bloco de Atenção Básica dos Municípios e do Distrito Federal, conforme o cronograma previsto no artigo 15 desta Portaria:

I - 0705101-8 Coleta de material para exames citopatológicos;

II - 0705103-4 Coleta de sangue para triagem neonatal;

III - 0707102-7 Adesão ao componente I – Incentivo à Assistência pré-natal; e

IV - 0707103-5 Conclusão da Assistência Pré-natal.

Seção III

Do Bloco de Vigilância em Saúde

Art. 18. Os recursos que compõem o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

Art. 19. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

I - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e

II - Componente da Vigilância Sanitária.

§ 1º Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente.

§ 2º Os recursos deste bloco de financiamento devem ser utilizados conforme a Programação Pactuada e Integrada e a orientação do respectivo Plano de Saúde.

Art. 20. O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e também pelos seguintes incentivos:

I - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;

II - Laboratórios de Saúde Pública;

III - Atividade de Promoção à Saúde;

IV - Registro de Câncer de Base Populacional;

V - Serviço de Verificação de Óbito;

VI - Campanhas de Vacinação;

VII - Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*;

VIII - Contratação dos Agentes de Campo;

IX - DST/Aids; e

X - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados ao Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

§ 2º Serão incorporados ao item II deste artigo - Laboratórios de Saúde Pública, os recursos da Vigilância Sanitária destinados a ações de apoio laboratorial.

Art. 21. No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (VIGISUS II); e

II - Programa DST/AIDS.

Art. 22. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVISA, o qual será regulamentado em portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde.

Art. 23. O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Vigilância em Saúde está definido na Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, na Portaria nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004, na Portaria nº 2.607/GM, de 28 de dezembro de 2005, na Portaria nº 2.608/GM, de 28 de dezembro de 2005 e na Portaria nº 2.606/GM, de 28 de dezembro de 2005.

Seção IV

Do Bloco de Assistência Farmacêutica

Art. 24. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e

III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Art. 25. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

§ 1º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

§ 2º A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e (ou) Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

§ 4º A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

§ 5º Os recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes a medicamentos para os Programas de Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes, devem ser descentralizados para Estados, Distrito Federal ou Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

§ 6º Os demais recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e, posteriormente, nas Comissões Intergestores Bipartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nesses programas.

§ 7º Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação na CIT.

Art. 26. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - anti-retrovirais do programa DST/Aids;

III - sangue e hemoderivados; e

IV - imunobiológicos.

Art. 27. O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE destina-se ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica.

§ 1º O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional é de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

§ 2º Os recursos do Ministério da Saúde aplicados no financiamento do CMDE terão como base a emissão e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas pelos gestores estaduais, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos na Portaria nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006.

§ 3º Trimestralmente, o Ministério da Saúde publicará portaria com os valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, apurados com base na média trimestral das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS.

Seção V

Do Bloco de Gestão do SUS

Art. 28. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

Art. 29. O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e

II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

Parágrafo único. O detalhamento do financiamento das ações referentes a esses componentes, para 2007, encontra-se no Anexo II a esta Portaria.

Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

- I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;
- II - Planejamento e Orçamento;
- III - Programação;
- IV - Regionalização;
- V - Gestão do Trabalho;
- VI - Educação em Saúde;
- VII - Incentivo à Participação e Controle Social;
- VIII - Informação e Informática em Saúde;
- IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e
- X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico e no Anexo II a esta Portaria, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

Art. 31. O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

- I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI - implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- VII - implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- VIII - reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- IX - implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- X - adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e

XI - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Parágrafo único. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

CAPÍTULO III

DO MONITORAMENTO E CONTROLE DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO

Art. 32. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 1º A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006.

§ 2º A regulamentação do fluxo para a comprovação da aplicação dos recursos fundo a fundo, objeto desta Portaria, será realizada em portaria específica, no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 33. Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes.

Art. 34. As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

Art. 35. Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos constantes no Anexo I (a, b, c, d, e).

Art. 36. O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento devem ser efetuados, por meio dos instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a prestação de informações de forma regular e sistemática, sem prejuízo do estabelecido no artigo 32.

Art. 37. As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios serão suspensas nas seguintes situações:

I - referentes ao bloco da Atenção Básica, quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano e para o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e CNES;

II - referentes ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, quando do não-pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do

Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas;

III - referentes ao bloco de Vigilância em Saúde, quando os recursos nos estados, no Distrito Federal e nos Municípios estiverem sem movimentação bancária e com saldos correspondentes a seis meses de repasse, sem justificativa;

IV - quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Estado, do Distrito Federal ou do Município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da Auditoria.

Parágrafo único. A regularização do repasse da parcela mensal do Bloco de Vigilância em Saúde dar-se-á a partir do mês de competência da apresentação dos documentos comprobatórios do comprometimento de pelo menos 60% do saldo existente no bloco.

Art. 38. Fica estabelecido o Termo de Ajuste Sanitário – TAS como um instrumento formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema, com o prazo de 60 (sessenta) dias para ser regulamentado.

Parágrafo único. Não será aplicável a utilização do TAS quando for comprovada a malversação de recursos.

Art. 39. Os recursos federais referente aos cinco blocos de financiamento onerarão as ações detalhadas no Anexo III a esta Portaria.

Art. 40. Esta Portaria altera a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, no Anexo II – Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS - no que se refere:

I - ao bloco de financiamento da Atenção Básica, o item Financiamento das Estratégias que compõem o PAB Variável passa a vigorar com a seguinte redação:

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

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

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

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

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

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.” (NR)

II - ao bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade, Ambulatorial e Hospitalar, o item Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

II - transplantes e os procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido;

IV - novos procedimentos, não-relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.” (NR)

III - ao bloco de financiamento para a Vigilância à Saúde, o item componente Vigilância Epidemiológica, no que se refere a repasses específicos, passa a vigorar com a seguinte redação:

“No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios (VIGISUS II); e

II - programa DST/Aids.” (NR)

IV - ao bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, o item Componente Estratégico, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - Programa DST/Aids (anti-retrovirais);

III - Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados;

IV - Imunobiológicos.” (NR)

V - ao bloco de financiamento da Gestão do SUS, passa a vigorar com a seguinte redação:

“O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde”.

Art. 41. Revogam-se as Portarias GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998; nº 531, de 30 de abril de 1999, nº 2.425 de 30 de dezembro de 2002, e nº 698, de 30 de março de 2006.

Art. 42. A consonância normativa decorrente da publicação desta Portaria deverá ser realizada no prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 43. Esta Portaria entra em vigor a partir da competência fevereiro de 2007.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012

Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

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

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080/1990;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o Comitê Gestor e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 2.197/GM/MS, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS;

Considerando a Portaria nº 1.190/GM/MS, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS e define suas diretrizes gerais, ações e metas;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Política Nacional de Humanização (PNH);

Considerando a Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade da oferta de suporte hospitalar estratégico para a Rede de Atenção Psicossocial e para a Rede de Atenção às Urgências;

Considerando o cenário epidemiológico que mostra a expansão do consumo de substâncias psicoativas no País, especialmente do álcool, inalantes e cocaína em suas diferentes apresentações como cloridrato, pasta-base, crack e merla, em associação a um contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens; e

Considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, preservação da vida e tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, bem como de ampliar o acesso ao tratamento hospitalar em hospitais gerais às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, resolve:

Art. 1º Esta Portaria define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

CAPÍTULO I

DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

Seção I

Das Diretrizes

Art. 2º O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas é um ponto de atenção do componente Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e observará as seguintes diretrizes:

I - função precípua de preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial;

II - integração à Rede de Atenção Psicossocial, como parte das demandas e fluxos assistenciais na Região de Saúde, potencializando ações de matriciamento, corresponsabilidade pelos casos e garantia da continuidade do cuidado;

III - articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde;

IV - oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica;

V - competência da Rede de Saúde local para regulação do acesso aos leitos; e

VI - funcionamento em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Art. 3º O Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas construirá seu projeto técnico considerando as seguintes referências:

I - internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso;

II - adoção de protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos;

III - estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação;

IV - incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares, pactuados nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde;

V - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação;

VI - estabelecimento de mecanismos de integração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas com outros setores do Hospital Geral, por intermédio de interconsulta ou outras formas de interação entre os diversos serviços, a partir de demandas de ordem clínica específica;

VII - garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade, devidamente acreditados pelo gestor local de saúde, quando as condições clínicas impuserem tal necessidade; e

VIII - avaliação permanente, por equipe multiprofissional, dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada.

Art. 4º O projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas contemplará as seguintes atividades, de acordo com as demandas singulares de cada usuário:

I - avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente;

II - abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e

III - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular.

Seção II

Da Estrutura Física

Art. 5º A estrutura física do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes requisitos:

I - iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, quando necessário, organização e segurança;

II - em instalações hospitalares de arquitetura vertical, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deve ficar o mais próximo possível do andar térreo, facilitando o trânsito e reduzindo os riscos aos usuários do serviço, e possibilitando a integração de pequena área livre para atividades;

III - busca da compatibilização entre espaços hospitalares concebidos, de acordo com a economia espacial utilizada pela arquitetura hospitalar, e o uso desses mesmos espaços de acordo com a dinâmica da atenção psicossocial, em uma lógica na qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico; e

IV - observância dos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, especialmente:

a) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

b) RDC ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; e

c) Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA (Conselho Nacional de Meio Ambiente).

Art. 6º A configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará os seguintes parâmetros:

I - no caso de até 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas poderá funcionar em:

a) leitos de clínica médica qualificados para o atendimento destinado a pessoas adultas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; ou

b) leitos de pediatria qualificados para o atendimento destinado a crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas;

II - no caso de mais de 10 (dez) leitos implantados, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas funcionará em enfermaria especializada destinada ao atendimento de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Parágrafo único. Os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas destinados ao atendimento de crianças e adolescentes deverão estar sempre localizados em espaço próprio, resguardando-se o direito à permanência de acompanhante em tempo integral.

Seção III

Da Equipe Técnica Multiprofissional

Art. 7º A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas observará a gradação do número de leitos implantados, na seguintes proporção:

I - para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno;

b) 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e

c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

II - para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

III -para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos.

IV -para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;
- d) 1(um) médico clínico responsável pelos leitos; e
- e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos.

CAPÍTULO II

DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS

Art. 8º A implantação do Serviço Hospitalar de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes requisitos:

I - em Municípios ou Regiões de Saúde com até 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência; e

II -em Municípios ou Regiões de Saúde com mais de 100 (cem) mil habitantes, a implantação do serviço referido no caput depende da existência de ações de saúde mental na Atenção Básica e de CAPS de referência que realize atenção a pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas.

Parágrafo único. O Serviço Hospitalar de Referência de que trata este artigo deve ser implantado em Hospitais Gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, e serão preferencialmente utilizados também como espaços de atuação docente assistencial.

Art. 9º A distribuição dos leitos hospitalares para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas observará os seguintes parâmetros e critérios:

I - 1 (um) leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para cada 23 mil habitantes, tendo como base a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - o número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos;

Parágrafo único. Projetos que ultrapassarem os parâmetros dos incisos I e II poderão, em caráter de excepcionalidade, ser analisados tecnicamente pela Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas da Secretaria de Atenção à Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS), observada a pactuação regional acerca das particularidades da Rede de Atenção Psicossocial das distintas Regiões de Saúde.

Art. 10. O planejamento de distribuição regional do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas será definido pelos gestores de saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, na perspectiva da constituição do Componente Atenção Hospitalar como estratégia para a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção às Urgências.

Art. 11. O planejamento de distribuição regional do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas deve constar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção Psicossocial, ou instrumento equivalente.

CAPÍTULO III

DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

Art. 12. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para apoio à implantação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, com os seguintes valores:

I - R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) para a implantação de até 5 (cinco) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

II - R\$ 33.000,00 (trinta e três mil reais) para a implantação de 6 (seis) a 10 (dez) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

III - R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) para a implantação de 11 (onze) a 20 (vinte) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; e

IV - R\$ 99.000,00 (noventa e nove mil reais) para a implantação de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) leitos hospitalares de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O incentivo financeiro de investimento que trata este artigo poderá ser utilizado para aquisição e instalação de equipamentos, para adequação da área física, para capacitação e atualização das equipes em temas relativos aos cuidados das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e para implantação de um ponto de telessaúde, na seguinte proporção:

I - até 70% (setenta por cento) do valor total deverá ser gasto com obras de adequação da área física e com aquisição de equipamentos; e

II - no mínimo 30% (trinta por cento) do valor total poderá ser destinado à qualificação das equipes e implantação do ponto de telessaúde.

§ 2º A aplicação do incentivo financeiro de que trata este artigo deverá observar o disposto na legislação orçamentária, especialmente na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 13. O incentivo financeiro instituído no art. 12 será deferido mediante aprovação de projeto encaminhado pelo gestor local de saúde.

§ 1º O projeto deverá ser incluído pelo gestor local de saúde no Sistema de Contratos e Convênios (SICONV/MS) ou no Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (GESCON/MS), deverá observar os requisitos de implantação definidos no Capítulo II e conter o seguinte:

I - projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; e

II - aprovação do projeto pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 2º O projeto encaminhado pelo gestor local de saúde será analisado pela Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS.

§ 3º Após aprovação do projeto pela Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o incentivo financeiro de que trata este artigo será repassado em parcela única via Sistema de Contratos e Convênios (SICONV/MS) ou Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (GESCON/MS).

Art. 14. Fica instituído incentivo financeiro de custeio anual no valor de R\$ 67.321,32 (sessenta e sete mil trezentos e vinte e um reais e trinta e dois centavos) por cada leito implantado.

§ 1º O cálculo do custo por leito de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foi baseado nos seguintes critérios:

I - taxa média de ocupação de 85% (oitenta e cinco por cento), com base na Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;

II - tempo médio de permanência de 5,5 dias (cinco dias e meio), com base na Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e

III - previsão de utilização dos leitos na seguinte proporção:

a) 60% (sessenta por cento) das diárias de até 7 (sete) dias;

b) 30% (trinta por cento) das diárias entre 8 e 15 (quinze) dias; e

c) 10% (dez por cento) das diárias superiores a 15 (quinze) dias.

§ 2º O valor das diárias considerado para o cálculo de custeio anual dos leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foi o seguinte:

I - R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o 7º dia de internação;

II - R\$ 100,00 (cem reais) por dia do 8º ao 15º dia de internação; e

III - R\$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por dia a partir do 16º dia de internação.

Art. 15. O recebimento do incentivo financeiro de custeio instituído no art. 14 fica condicionado à habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Seção I

Da Habilitação

Art. 16. O pedido de habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas será formulado pelo gestor local de saúde e encaminhado à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, com os seguintes documentos:

I - requerimento do gestor local de saúde, informando o número de leitos implantados, observados os critérios definidos nesta Portaria;

II - projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas;

III - indicação da equipe técnica de referência para cuidado com os leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; e

IV - parecer da Secretaria de Saúde estadual ou municipal acerca do regular funcionamento do serviço, conforme diretrizes e requisitos estabelecidos nesta Portaria, exigindo-se a vistoria in loco realizada com participação das áreas técnicas de vigilância sanitária e de saúde mental.

Art. 17. Os leitos já habilitados como Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas, segundo Portaria GM/MS nº 2842, de 20 de setembro de 2010, serão automaticamente habilitados como Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em Hospital Geral.

Seção II

Do Acompanhamento

Art. 18. A Área Técnica do DAPES/SAS/MS procederá à avaliação semestral de desempenho do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, considerando a taxa média de ocupação e a média de permanência do usuário no leito de atenção.

Art. 19. A SAS/MS publicará ato específico para regulamentar os procedimentos para o funcionamento do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras

drogas em Hospitais Gerais e os mecanismos de controle da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20. Os recursos financeiros de que trata esta portaria deverão onerar os seguintes programas de Trabalho: I - para o incentivo previsto no art. 12 - 10.302.2015.8535 -Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; e II - para o incentivo previsto no art. 14 - 10.302.2015.8585 -Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 21. Ficam revogadas as Portarias nº 2.842/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, e nº 480/SAS/MS, de 20 de setembro de 2010.

Art. 22. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MOZART JÚLIO TABOSA SALES

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde



**GOVERNO DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO NORTE**

SESAP - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN

