

LEGISLAÇÃO DO SUS

LEGISLAÇÃO DO SUS

conass . progestores

Programa de informação e apoio técnico às novas equipes gestoras estaduais do sus de 2003

© 2003 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

PROGESTORES 2003 - Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Brasília : CONASS, 2003.

604 p.

ISBN 85-89545-01-6

1. SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título.

NLM WA 525

CDD - 20.ed. - 362.1068

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde.



apresentação

Pensando no futuro, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, lançou o Progestores, Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003. O Progestores é um esforço para bem receber os novos Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e qualificar as suas equipes que assumiram em janeiro de 2003, informando-as e capacitando-as em aspectos essenciais da gestão do sistema.

O CONASS espera, com o Progestores, recepcionar e subsidiar os gestores que assumiram a condução da saúde no período 2003/2006, organizando e divulgando informações estratégicas para a gestão do SUS e elaborando um programa de apoio técnico às equipes dos Estados e do Distrito Federal.

O livro **Legislação do SUS** apresenta a legislação que estrutura o sistema em suas principais áreas, iniciando com a definição da saúde no texto constitucional.

A Constituição Federal define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A inclusão da saúde no texto constitucional gerou um conjunto de leis voltadas à organização e implementação do Sistema Único de Saúde, a “Lei Orgânica da Saúde”, além de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde. Esse arcabouço legal do SUS deve ser de conhecimento dos gestores do sistema e este livro representa um esforço do CONASS de oferecer um instrumento para utilização nos momentos em que a consulta às normas se faz necessária. O livro inova ao apresentar a legislação organizada por temas, procurando facilitar a consulta, principalmente pelas áreas técnicas das Secretarias.

Por ser uma iniciativa inédita, a organização por temas talvez possa não ter atingido sua melhor forma. Mas serve de ponto de partida para futuros aprimoramentos visando a uma melhor agregação por assunto. Pelo dinamismo do funcionamento do SUS, certamente seria irrealizável um compêndio total da legislação que servirá ao cotidiano dos gestores do sistema durante um período de gestão.

A presente obra será periodicamente atualizada e revisada, e no período até a publicação de uma próxima edição, os gestores podem contar com outras fontes de informação, entre elas o Portal Saúde, a Biblioteca Virtual de Saúde e o site do CONASS - www.conass.com.br.

Muitas das normas aqui publicadas são fruto do esforço de negociação entre os gestores, um processo participativo que já é uma marca da gestão do SUS. Conhecer as normas e cumprí-las é, sobretudo, contribuir para o fortalecimento desse processo de participação, na direção do permanente aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

FERNANDO PASSOS CUPERTINO DE BARROS
Presidente do CONASS



conass

Fernando Passos Cupertino de Barros (GO)
presidente

José da Silva Guedes (SP)
Marta Oliveira Barreto (SE)
João José Cândido da Silva (SC)
Francisco Deodato Guimarães (AM)
vice-presidentes

Ricardo F. Scotti
secretário executivo

Gilvânia Westin Cosenza
Júlio Strubing Müller Neto
Lucimery Lima Cardoso
Maria Esther Janssen
Regina Helena Arroio Nicoletti
René José Moreira dos Santos
assessoria técnica

Sheyla Cristina Ayala Macedo
Luciana Toledo Lopes
Júlio Barbosa de Carvalho Filho
Paulo Arbués Carneiro
apoio administrativo

Secretaria Executiva do Conass
coordenação do Progestores 2003

Regina Helena Arroio Nicoletti
concepção e organização

João Gabbardo dos Reis
René José Moreira dos Santos
Renilson Rehen de Souza
colaboradores

equipe de elaboração

Fernanda Goulart

projeto gráfico

André Falcão

edição

Clarice Maia Scotti

revisão

PARTE I

LEGISLAÇÃO ESTRUTURANTE DO SUS

1. Constituição Federal 1988, Título VIII	
- Da Ordem Social, Seção II Da Saúde . . . . .	.20
2. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990	
- Lei Orgânica da Saúde . . . . .	.22
3. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990	
- Dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais . . . . .	.38
4. Artigo 6º da Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993	
- Cria o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS . . . . .	.40
5. Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994	
- Regulamenta o repasse fundo a fundo . . . . .	.41
6. Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995	
- Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS . . . . .	.44
7. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde	
- NOB/96 01/96, de 05 de novembro de 1996. . . . .	.49
8. Portaria GM/MS n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997	
- Estabelece o Piso de Atenção Básica - PAB e sua composição . . . . .	.87
9. Portaria GM/MS n.º 1.886, de 18 de dezembro de 1997	
- Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família . . . . .	.91
10. Portaria GM/MS n.º 3916, de 30 de outubro de 1998	
- Define a Política Nacional de Medicamentos . . . . .	.107
11. Portaria GM/MS n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998	
- Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde . . . . .	.137

12. Lei N. º 9.782, de 26 de Janeiro de 1999	
- Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências	169
13. Lei N. º 9787, de 10 de fevereiro de 1999	
- Estabelece o Medicamento Genérico	182
14. Portaria GM/MS n. º 176, de 8 de março de 1999	
- Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica	185
15. Portaria GM/MS n. º 476, de 14 de abril de 1999	
- Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB 01/96, e dá outras providências	188
16. Portaria GM/MS n. º 832, de 28 de junho de 1999	
- Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB 01/96, e dá outras providências	194
17. Portaria GM/MS n. º 1.077, de 24 de agosto de 1999	
- Cria o Programa para a Aquisição dos Medicamentos para a Área de Saúde Mental	201
18. Portaria GM/MS n. º 1.399, de 15 de dezembro de 1999	
- Cria o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças	204
19. Lei n. º 9.961, de 28 de Janeiro de 2000	
- Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS e dá outras providências	216
20. Portaria GM/MS n. º 956, de 25 de agosto de 2000	
- Regulamenta a Assistência Farmacêutica Básica (sobre a utilização dos recursos do Incentivo)	228
21. Emenda Constitucional n. º 29, de 13 de setembro de 2000	
- Altera e acrescenta artigos da CF, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde	232
22. Portaria GM/MS n. º 95, de 26 de janeiro de 2001	
- Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001	235
23. Portaria GM/MS n. º 17, de 05 de janeiro de 2001, republicada em 16 de fevereiro de 2001	
- Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde	267

24. Portaria GM/MS n.º 145, de 1 de fevereiro de 2001, republicada em 8 de fevereiro de 2001	
- Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade, na área de Vigilância Sanitária, executadas pelos Estados, Municípios e Distrito Federal	269
25. Decreto 3745, de 05 de fevereiro de 2001	
- Institui o Programa de Interiorização do Trabalhador de Saúde	273
26. Portaria GM/MS n.º 393, de 29 de março de 2001	
- Institui a Agenda de Saúde	275
27. Portaria GM/MS n.º 548, de 12 de abril de 2001	
- Cria os Instrumentos de Gestão	293
28. Resolução n.º 316, do CNS, de 04 de abril de 2002	
- Aprova diretrizes para a aplicação da EM-29	309
29. Portaria GM/MS n.º 373, de 26 de fevereiro de 2002	
- Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002	316
30. Portaria GM/MS n.º 1020, de 31 de maio de 2002	
- Regulamentação da Programação Pactuada e Integrada da NOAS-SUS 01/2002	403
31. Portaria GM/MS n.º 1919, de 22 de outubro de 2002	
- Institui a RIPSA	407
32. Portaria GM/MS n.º 2047, de 05 de novembro de 2002	
- Aprova, na forma do Anexo, a esta Portaria, as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000	410

PARTE II

COLETÂNEA DE ATOS NORMATIVOS
temas selecionados

1. AIDS	.420
2. Alta Complexidade	.423
2.1. Alta Complexidade Câncer	.423
2.2. Alta Complexidade Cardiovascular	.425
2.3. Alta Complexidade Gastroplastia	.427
2.4. Alta Complexidade Implante Coclear	.427
2.5. Alta Complexidade Lábio Palatal e Implante Dentário	.428
2.6. Alta Complexidade Neurocirurgia e Epilepsia	.429
2.7. Alta Complexidade Ortopedia	.430
2.8. Alta Complexidade Transplante	.430
2.9. Alta Complexidade Queimados	.435
2.10. Alta Complexidade - Outros Assuntos	.436
3. Assistência ao Parto e ao Recém Nascido	.441
3.1. Parto	.441
3.2. Recém Nascido	.444
4. Atenção Básica	.446
4.1. Atenção Básica - PACS/PSF	.446
4.2. Atenção Básica - Outras Portarias	.450
5. Assistência Farmacêutica	.452

6. Assistência Hospitalar	405
6.1. Autorização de Internação Hospitalar - AIH	465
6.2. Acomodação e Acompanhante	470
6.3. Alojamento Conjunto	470
6.4. Anestesia	470
6.5. Cirurgia	471
6.6. Hospital - Dia	472
6.7. Infecção Hospitalar	472
6.8. Lixo Hospitalar	473
6.9. Nutrição Parenteral	473
6.10. Unidade de Terapia Intensiva - UTI	474
6.11. Crônicos e Fora de Possibilidade Terapêutica	475
6.12. Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde - FIDEPS	475
6.13. Tratamento Fora de Domicílio - TFD	478
6.14. Outros Assuntos	478
7. Contratos e Convênios	480
8. Diagnóstico	487
8.1. Histocompatibilidade	487
8.2. Radiologia	487
8.3. Videolaparoscopia	488
9. Gestão do Sus:	489
10. Laboratórios de Saúde Pública	501
11. Hanseníase	502

12. Informação e Informática . . . . .	.503
12.1. RIPSAs - Rede de Informações de Saúde . . . . .	.503
12.2. SIA/SUS . . . . .	.503
12.3. SIH/SUS . . . . .	.503
12.4. SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos . . . . .	.503
12.5. SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde . . . . .	.504
12.6. Cartão SUS - Cartão Nacional de Saúde . . . . .	.505
12.7. SISAV - Sistema de Informações em saúde para os acidentes e violências/causas externas . . . . .	.505
13. Infra Estrutura . . . . .	.506
13.1. Construção, Ampliação e Reforma . . . . .	.506
13.2. Equipamentos . . . . .	.506
14. Órteses, Próteses e Materiais Especiais . . . . .	.508
15. Planejamento Familiar . . . . .	.513
16. Portadores de Deficiência - Reabilitação . . . . .	.514
17. Programas, Planos, Políticas e Projetos Estratégicos do Ministério da Saúde . . . . .	.516
17.1. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus . . . . .	.516
17.2. Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário . . . . .	.516
17.3. Programa de Assistência aos Portadores de Glaucoma . . . . .	.517
17.4. Programa de Assistência Ventilatória não invasiva a pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva . . . . .	.517
17.5. Programa de Carências Nutricionais . . . . .	.517
17.6. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento . . . . .	.518
17.7. Programa de Prevenção do Câncer do Colo Uterino . . . . .	.518
17.8. Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos . . . . .	.519
17.9. Programa Nacional de Assistência aos Portadores de Doenças Renais . . . . .	.520
17.10. Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar - PNASH/Psiquiatria . . . . .	.520
17.11. Programa Nacional do Controle da Dengue . . . . .	.520

17.12.	Programa Nacional de Controle da Tuberculose	.520
17.13.	Programa Nacional de Controle do Tabagismo	.521
17.14.	Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase	.522
17.15.	Programa Nacional de Diabetes	.523
17.16.	Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados - Ver Item "Sangue"	.523
17.17.	Programa Nacional de Saúde do Idoso	.523
17.18.	Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN	.523
17.19.	Programa Nacional para a prevenção e o controle das Hepatites Virais	.523
17.20.	Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito	.524
17.21.	Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata	.524
18.	Prontuário Médico	.525
19.	Protocolos e Regulamentos	.527
20.	Recursos Humanos	.532
20.1.	Corpo Clínico	.532
20.2.	Exercício Profissional	.532
20.3.	PROFAE	.534
20.4.	PITS - Programa de Interiorização do Trabalhador em Saúde	.535
21.	Redes Assistenciais	.536
21.1.	Centros de Referência	.536
21.2.	Redes Estaduais de Assistência Cardiovascular	.536
21.3.	Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia	.536
21.4.	Redes Estaduais de Urgência e Emergência	.536
21.5.	Redes Estaduais de Assistência à Queimados	.538
22.	Regulação, Controle e Avaliação	.539
23.	Sangue	.544

24. Saúde Ambiental	.548
25. Saúde Indígena	.549
26. Saúde Mental	.550
27. Saúde Suplementar	.554
28. Saúde do Trabalhador - Segurança e Medicina do Trabalho	.563
29. Sistema Nacional de Auditoria - SNA	.564
30. Tabelas de Procedimentos	.567
30.1. SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais	.567
30.2. SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares	.577
30.3. Compatibilidade entre Procedimentos E OPM ou CID	.587
31. Terapia Renal Substitutiva - TRS	.588
32. Tomada de Contas Especial	.591
33. Tuberculose	.592
34. Usuários	.593
35. Epidemiologia e Controle de Doenças	.594
36. Vigilância Sanitária	.597



parte



LEGISLAÇÃO

ESTRUTURANTE DO SUS

1. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

Capítulo II

Seção II - Da Saúde

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

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

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

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

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

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(*) Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 - Lei Orgânica da Saúde 080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II - DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

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

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

Capítulo I - Dos Objetivos e Atribuições

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

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

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

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

§ 1º. Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º. Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

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

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

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

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

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

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

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

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

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

Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Capítulo III - Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

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

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

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

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

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

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

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

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

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

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

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

Capítulo IV - Da Competência e das Atribuições

Seção I - Das Atribuições Comuns

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

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II - Da Competência

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

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; e

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

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

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

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

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

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

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

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

- XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; e
- XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
 - a) de vigilância epidemiológica;
 - b) vigilância sanitária;
 - c) de alimentação e nutrição;
 - d) de saneamento básico; e
 - e) de saúde do trabalhador;
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III - DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Capítulo I - Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º. Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

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

Capítulo II - Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

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

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

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

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

§ 3º. (Vetado).

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

TÍTULO IV - DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

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

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

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão

regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V - DO FINANCIAMENTO

Capítulo I - Dos Recursos

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

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

I - (Vetado)

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

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

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

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

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

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

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

§ 4º. (Vetado).

§ 5º. As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º. (Vetado).

Capítulo II - Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º. Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º. (Vetado)

§ 3º. (Vetado)

§ 4º. O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do **Parágrafo único** deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º. Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º. Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º. (Vetado)

§ 4º. (Vetado)

§ 5º. (Vetado)

§ 6º. O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Capítulo III - Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

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

§ 2º. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 39. (Vetado)

§ 1º. (Vetado)

§ 2º. (Vetado)

§ 3º. (Vetado)

§ 4º. (Vetado)

§ 5º. A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º. Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus

acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º. (Vetado)

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

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado)

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado)

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

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

§ 2º. Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a

transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado)

Art. 49. (Vetado)

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado)

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

Bibliografia Indicada:

Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8080/90 e 8142/90) - Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos - 3ª edição - Campinas, SP; Editora da Unicamp, 2001.

3 . LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º. O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

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

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

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

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

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

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

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

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

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

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

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

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

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

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

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

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

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

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

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

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

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

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

Bibliografia Indicada:

Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis n.º 8080/90 e 8142/90) - Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos - 3ª edição - Campinas, SP; Editora da Unicamp, 2001.

4. ARTIGO 6º DA LEI Nº 8.689, DE 27 DE JULHO DE 1993 - Cria o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do SUS.

LEI Nº 8.689, DE 27 DE JULHO DE 1993

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

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

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

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

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

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

Brasília, 27 de julho de 1993; 172º da Independência e 105º da República.

ITAMAR FRANCO

Jamil Haddad

5 . DECRETO Nº 1.232, DE 30 DE AGOSTO DE 1994 - Regulamenta o repasse fundo a fundo

Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

O PRESIDENTE 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, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **DECRETA**:

Art. 1º. Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congênere e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste decreto.

§ 1º. Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

§ 2º. Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste decreto, para que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

Art. 2º. A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 1º. Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pelas Comissões Bipartites da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões, assim como à compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

§ 2º. O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas.

§ 3º. O Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas exigidas para aprovação dos planos de saúde do município.

Art. 3º. Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

Art. 4º. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde.

Art. 5º. O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distritos Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde.

Art. 6º. A descentralização dos serviços de saúde para os Municípios e a regionalização da rede de serviços assistenciais serão promovidas e concretizadas com a cooperação técnica da União, tendo em vista o direito de acesso da população aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e à igualdade do atendimento.

Art. 7º. A cooperação técnica da União com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, previstas no art. 16, inciso XIII, da Lei Orgânica da Saúde, e no art. 30, inciso VII, da Constituição Federal, será exercida com base na função coordenadora da direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a realização das metas do Sistema e a redução das desigualdades sociais e regionais.

Art. 8º. A União, por intermédio da direção nacional do SUS, incentivará os Estados, o Distrito Federal e os Municípios a adotarem política de recursos humanos caracterizada pelos elementos essenciais de motivação do pessoal da área da saúde, de sua valorização profissional e de remuneração adequada.

Art. 9º. A União, por intermédio da direção nacional do SUS, sem prejuízo da atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, exercerá o controle finalístico global do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando-se, nesse sentido, dos instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados neste decreto.

Art. 10. O atendimento de qualquer natureza na área do Sistema Único de Saúde (SUS), quando prestado a paciente que seja beneficiário de plano de saúde, deverá ser ressarcido pela entidade mantenedora do respectivo plano.

Art. 11. O Ministério da Saúde, por intermédio de seus órgãos competentes, adotará as medidas administrativas destinadas à operacionalização do disposto neste decreto.

Art. 12. Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de agosto de 1994; 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO

Henrique Santillo

6 . DECRETO Nº 1.651, DE 28 DE SETEMBRO DE 1995 - Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição. com fundamento nos artigos 15, inciso I, 16, inciso XIX e 33, § 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, **DECRETA:**

Art. 1º. O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º. O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

- I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;
- II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;
- III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único. Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Art. 3º. Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA. nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

- I - à análise:
 - a) do contexto normativo referente ao SUS;
 - b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;
 - c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
 - d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
 - e) de indicadores de morbimortalidade;
 - f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;
 - g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;

- h) do desempenho da rede de serviços de saúde;
- i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;
- j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas; e
- l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação:

- a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais; e
- b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 4º. O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

§ 1º. O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria - DCAA, criado pelo § 4º do art. 6º da Lei nº 8.689, de 1993, é o órgão de atuação do SNA, no plano federal.

§ 2º. Designada pelo Ministro de Estado da Saúde, para funcionar junto ao DCAA, integra, ainda, o SNA uma Comissão Corregedora Tripartite, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS, que indicará, cada qual, três membros para compô-la.

§ 3º. A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Art. 5º. Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal

- a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994;
- b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde;
- c) os serviços de saúde sob sua gestão;
- d) os sistemas estaduais de saúde; e
- e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual

- a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios, de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;
- b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;
- c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde; e
- e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III - no plano municipal:

- a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
- b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados; e
- c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§ 1º. À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

- I** - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;
- II** - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;
- III** - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;
- IV** - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedentes; e
- V** - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetadas mostrar-se omissas ou sem condições de executá-las.

§ 2º. Os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Art. 6º. A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante:

- a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, celebrados para a execução de programas e projetos específicos; e
- b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

II - para o Tribunal de Contas, a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de

saúde. remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º. O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§ 2º. O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§ 3º. O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS; e

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Art. 7º. Os órgãos do SNA exercerão atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a respectiva direção do SUS tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde.

Art. 8º. É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e os membros das Comissões Corregedoras serem proprietários, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 9º. A direção do SUS em cada nível de governo apresentará trimestralmente o Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 10. Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA, sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do Estado ou Município.

Art. 11. Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art. 12. Os Conselhos de Saúde, por maioria de seus membros, poderão, motivadamente, recomendar, à discricção dos órgãos integrantes do SNA e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais.

Art. 13. O DCAA integrará a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 14. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir normas complementares a este Decreto.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revoga-se o Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994.

Brasília, 28 de setembro de 1995; 174º da Independência e 107º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene

*Republicado por ter saído com incorreção no DOU de 29.09.95, seção 1.

7 . NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - NOB 1/96

PORTARIA Nº 2.203, DE 5 NOVEMBRO DE 1996, DO 216, DE 6/11/96

O MINISTRO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerado que está expirando o prazo para apresentação de contribuições ao aperfeiçoamento da Norma Operacional Básica - NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi definido pela Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996, e prorrogado por recomendação da Plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde, da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas da gestão do sistema.

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

ADIB D. JATENE

**NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NOB-SUS 1/96 “Gestão plena com responsabilidade pela saúde
do cidadão”**

1. Introdução

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

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

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

Com a Lei nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais (das esferas federal, estadual e municipal (e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

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

2. Finalidade

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

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

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

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

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

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

3. Campos da Atenção à Saúde

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

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

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas (planejamento, comando e controle) são inerentes e integrantes do contexto daquelas

envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

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

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

4. Sistema de Saúde Municipal

A totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município (o SUS-Municipal (voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

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

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva dessa esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho de Saúde e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento,

controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

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

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

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, nesse nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

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

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional, é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios. O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal, de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

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

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

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

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida eqüidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

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

5. Relações entre os Sistemas Municipais

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

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

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

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

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

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

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

II. Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da Programação Pactuada e Integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

6. Papel do Gestor Estadual

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e sequenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão nesse nível de Governo. O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral. O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade.

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

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

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

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

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

- a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
- b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
- c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
- d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
- e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;

- f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
- g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
- h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
- i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
- j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados;
- k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual; e
- l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

7. Papel do Gestor Federal

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

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

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

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

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

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em

termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

- a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da Programação Pactuada e Integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;
- b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;
- c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;
- d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;
- e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;
- f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;
- g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;
- h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;
- i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;
- j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;
- k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;

- l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;
- n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;
- o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;
- p) o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;
- q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;
- r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;
- s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;
- t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial; e
- u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

8. Direção e Articulação

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/1990.

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

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

(COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

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

9. Bases para um Novo Modelo de Atenção à Saúde

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

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

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

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

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A

regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

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

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

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

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

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

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

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo

de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários - as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

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

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

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

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

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

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

10. Financiamento das Ações e Serviços de Saúde

10.1. Responsabilidades

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

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

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

10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido). Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

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

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja essa e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos Fundos de Saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera

federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

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

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

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

10.4. Tetos Financeiros dos Recursos Federais

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

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

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo CES. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT (observadas as reais disponibilidades financeiras do MS (e formalizado em ato do Ministério.

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

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

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

11. Programação, Controle, Avaliação e Autoditoria

11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI

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

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

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

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

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

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

11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

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

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

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

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

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

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

12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

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

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

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

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

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

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

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

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

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

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

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

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

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

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

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

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

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

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

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

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

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

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

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

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

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

Esses valores são transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo

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

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

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

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

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

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

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

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

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

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento esse que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na

CIT e formalizados por Portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

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

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

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

13. Custeio das Ações de Vigilância Sanitária

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

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

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

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

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

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

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

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

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

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

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

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

14. Custeio das Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças

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

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação

Nacional de Saúde - FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

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

Esse Comitê, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde, articulando os órgãos de epidemiologia da SES, do MS no estado e de outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e controle de doenças, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

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

14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

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

14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

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

14.3. Transferência por Convênio

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

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

15. Condições de Gestão do Município

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor

municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

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

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

- a) Gestão Plena da Atenção Básica; e
- b) Gestão Plena do Sistema Municipal.

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

15.1. Gestão Plena da Atenção Básica

15.1.1. Responsabilidades

- a) Elaboração da programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

- j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente.
- k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.
- l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.
- m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

15.1.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.
- e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.
- f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.
- g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.
- h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.
- j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.1.3. Prerrogativas

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

15.2. Gestão Plena do Sistema Municipal

15.2.1. Responsabilidades

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

15.2.2. Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS.
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.
- c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.
- d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e

à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus munícipes.

e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

g) Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.

i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.

k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

l) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.

m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).

b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.

c) Transferência regular e automática Fundo a Fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária

(PDAVS), quando assumido pelo município.

e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

16. Condições de Gestão do Estado

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

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

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

- a) Gestão Avançada do Sistema Estadual; e
- b) Gestão Plena do Sistema Estadual.

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

16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

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

de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.

f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.

g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.

h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.

k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.

m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.

p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.

q) Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

a) Comprovar o funcionamento do CES.

b) Comprovar o funcionamento da CIB.

c) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.

d) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:

- as metas pactuadas;
- a Programação Pactuada e Integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as

relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;

- as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e
- os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.

e) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

f) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.

g) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.

h) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.

i) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondentes à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a legislação em vigor.

j) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

k) Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.

l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e a capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

m) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

16.3. Gestão Avançada do Sistema Estadual

16.3.1. Responsabilidades Específicas

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

b) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados.

c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual.

d) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.3.2. Requisitos Específicos

a) Apresentar a Programação Pactuada e Integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.

b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão

estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população.

c) Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.3.3. Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não habilitados.

b) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

c) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).

d) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.

e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

16.4. Gestão Plena do Sistema Estadual

16.4.1. Responsabilidades Específicas

a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.

b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.4.2. Requisitos Específicos

a) Comprovar a implementação da Programação Pactuada e Integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.

b) Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.

c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.

d) Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto

Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências Fundo a Fundo realizadas a municípios habilitados.

b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).

c) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

d) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).

e) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.

f) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.

g) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

17. Disposições Gerais e Transitórias

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

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

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

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

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

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

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

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

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

- 17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;
- 17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e
- 17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

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

- 17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;
- 17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;
- 17.2.2.3. a estruturação do componente municipal do SNA; e
- 17.2.2.4 a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

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

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

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

17.5. A definição dos instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, é competência da SAS/MS.

17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS nº 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

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

17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS nº 01/93.

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

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

17.11. O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.

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

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

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

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

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

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

siglas utilizadas

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

8 . PORTARIA GM/MS Nº 1.882, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997 - Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e, considerando as diretrizes definidas no Plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde para o biênio 97/98; a necessidade de estabelecer incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais; a necessidade de viabilizar a programação municipal de ações e serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários para o ano de 1998; a disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, resolve:

Art. 1º. O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde.

Art. 2º. O PAB é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica.

Art. 3º. Os valores referentes ao PAB serão transferidos aos municípios de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

Parágrafo único. Os valores relativos ao PAB serão transferidos, transitoriamente, ao Fundo Estadual de Saúde, exclusivamente para cobertura da população residente em municípios não habilitados.

Art. 4º. A parte fixa do PAB, destinada à assistência básica, será obtida pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada Município.

§ 1º. As ações custeadas com recursos destinados à assistência básica são:

- I - consultas médicas em especialidades básicas;
- II - atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica);
- III - atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior;
- IV - visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da equipe de saúde da família;
- V - vacinação;
- VI - atividades educativas a grupos da comunidade;
- VII - assistência pré-natal;
- VIII - **
- IX - atividades de planejamento familiar;
- X - pequenas cirurgias;

- XI - atendimentos básicos por profissional de nível médio;
- XII - atividades dos agentes comunitários de saúde;
- XIII - orientação nutricional e alimentar ambulatorial e comunitária;
- XIV - assistência ao parto domiciliar por médico do Programa de Saúde da Família; e
- XV - pronto atendimento.

§ 2º. As ações, que compõem a parte fixa do PAB, estão desdobradas nos procedimentos do Grupo “Assistência Básica”, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º. A parte variável do PAB destina-se a incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, e outros que venham a ser posteriormente agregados e será definida com base em critérios técnicos específicos de cada programa.

§ 1º. O incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família consiste no montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, reorientando práticas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

§ 2º. O incentivo à Assistência Farmacêutica Básica consiste no montante de recursos financeiros destinado exclusivamente à aquisição de medicamentos básicos, contribuindo para a garantia da integralidade na prestação da assistência básica à saúde.

§ 3º. O incentivo ao Programa de Combate às Carências Nutricionais consiste no montante de recursos financeiros destinado ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação a grupos populacionais determinados, com prioridade ao grupo materno infantil, visando combater a desnutrição e proteger o estado nutricional mediante:

- I - orientação alimentar e nutricional;
- II - aquisição de alimentos, complementos vitamínicos e minerais; e
- III - monitoramento das condições nutricionais.

§ 4º. O incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária consiste no montante de recursos financeiros destinado ao incremento de ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como às atividades de educação em vigilância sanitária.

§ 5º. O incentivo às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental consiste no montante de recursos financeiros transferidos fundo a fundo para Estados e Municípios destinado às ações básicas de investigação epidemiológica e ambiental, de diagnóstico de situações epidemiológicas e ambientais de risco e de ações de controle, eliminação e erradicação de agentes de agravos e danos à saúde individual e coletiva das populações.

§ 6º. Os recursos serão transferidos, fundo a fundo, para os Estados, Distrito Federal e

Municípios, de acordo com prioridades e critérios técnicos relativos a cada incentivo, que serão estabelecidos em normas complementares.

Art. 6º. A transferência dos recursos do PAB será suspensa no caso da falta de alimentação de informações, pela Secretaria de Saúde dos Municípios, junto à Secretaria Estadual de Saúde, por dois meses consecutivos, dos bancos de dados nacionais do:

- I - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- II - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
- III - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- IV - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN; e
- V - outros que venham a ser implantados.

Parágrafo único. O envio de informações relativas ao Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e ao Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS deverá observar o cronograma mensal definido em portaria específica, implicando, no caso de não ter sido observado o cumprimento, em suspensão imediata da transferência total do PAB.

Art. 7º. Será de 06 (seis) meses o prazo máximo para que os municípios habilitados conforme a NOB SUS 01/96 implantem os mecanismos de operacionalização dos Sistemas de Informações previstos no artigo anterior.

Art. 8º. Excepcionalmente, em 1998, os procedimentos básicos em Vigilância Sanitária comporão a parte fixa do PAB.

Art. 9º. Tornar sem efeito os itens 12.1.1, 12.1.2, 13.1.1, 15.1.3 b, 15.2.3 c, 16.3.3 b, 16.4.3 c, 17.5, 17.12, 17.13 da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96, aprovada pela Portaria 2203, de 5 de novembro de 1996.

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

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

* Alterado o art. 1º, o **Parágrafo único** do art. 3º, o inciso XIV do § 1º do art. 4º, o art. 5º, o **Parágrafo único** do art. 6º e o art. 7º, pela PRT/GM/MS nº 2.090, de 26/2/98 - DOU 41, de 3/3/98.

** *NOTA DO CONASS: O item VIII encontra-se em branco na versão original publicada no Diário Oficial da União.*

PORTARIA Nº 2.090, DE 26 DE FEVEREIRO DE 1998

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, interino, no uso de suas atribuições, e considerando as necessidades da Comissão Intergestores Tripartite na reunião realizada em 27 de janeiro de 1998;

o disposto na Portaria nº 84/GM/MS, de 6 de fevereiro de 1998, que fixa o valor máximo da parte fixa do piso da Atenção Básica - PAB em R\$18,00 e divulga o seu valor, por Município, resolve:

Art. 1º. O art. 4º da Portaria nº 1.884/GM/MS, de 18 de dezembro de 1997, passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 4º. Para os Municípios não habilitados no prazo máximo de noventa dias, a contar da data da publicação desta Portaria, o repasse será efetuado por produção de serviços e o valor total repassado corresponderá à média de seu faturamento em assistência básica no ano de 1996, tendo como limite máximo R\$18,00 (dezoito reais) por habitante ao ano.

Parágrafo único. Após o prazo fixado neste artigo, o valor total repassado terá como limite máximo R\$10,00 (dez reais) por habitante ao ano.

Art. 2º. Os Municípios habilitados na gestão semiplena, nos termos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93, terão prazo de até 120 dias contados a partir de 22 dezembro de 1997 para se habilitarem a uma das condições de gestão estabelecidas na NOB-SUS 01/96.

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

BARJAS NEGRI

9 . PORTARIA GM/MS Nº 1.886, DE 18 DE DEZEMBRO DE 1997 - Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e, considerando que o Ministério da Saúde estabeleceu no seu Plano de Ações e Metas priorizar os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão; o Ministério da Saúde reconhece no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa de Saúde da Família importante estratégia para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, resolve:

Art. 1º. Aprovar as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nos termos dos Anexos I e II desta Portaria, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos referidos Programas.

Art. 2º. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

ANEXO I - NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - PACS

Responsabilidades do Ministério da Saúde

1. Ao Ministério da Saúde, no âmbito do PACS, cabe:

1.1. Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de agentes comunitários de saúde pelos serviços municipais de saúde.

1.2. Definir normas e diretrizes para a implantação do programa.

- 1.3. Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento tripartite do programa.
- 1.4. Definir mecanismo de alocação de recursos federais para a implantação e a manutenção do programa, de acordo com os princípios do SUS.
- 1.5. Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos federais ao programa.
- 1.6. Regular e regular o cadastramento dos ACS e enfermeiros instrutores/supervisores no SIA/SUS.
- 1.7. Prestar assessoria técnica aos estados e municípios para o processo de implantação e de gerenciamento do programa.
- 1.8. Disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de capacitação e educação permanente dos ACS e dos enfermeiros instrutores-supervisores.
- 1.9. Disponibilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente o Sistema de Informação do PACS - SIPACS como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelos ACS.
- 1.10. Assessorar estados e municípios na implantação do Sistema de Informação.
- 1.11. Consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos.
- 1.12. Controlar o cumprimento, pelos estados e municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação.
- 1.13. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações do PACS.
- 1.14. Articular e promover o intercâmbio de experiências, para aperfeiçoar disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à atenção primária à saúde.
- 1.15. Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado.

Responsabilidades da Secretaria Estadual de Saúde

2. No âmbito das Unidades da Federação a coordenação do PACS, de acordo com o princípio de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde, está sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Compete à esta instância definir, dentro de sua estrutura administrativa, o setor que responderá pelo processo de coordenação do programa e que exercerá o papel de interlocutor com o nível de gerenciamento nacional.

3. Às Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do PACS, cabe:

3.1. Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de agentes comunitários de saúde pelos serviços municipais de saúde.

3.2. Estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e as diretrizes do programa.

3.3. Definir os critérios de priorização de municípios para implantação do programa.

3.4. Definir estratégias de implantação e/ou implementação do programa.

3.5. Garantir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do programa.

3.6. Definir mecanismo de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa.

3.7. Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos estaduais ao programa.

3.8. Pactuar com o Conselho Estadual de Saúde e com a Comissão Intergestores Bipartite os requisitos específicos para a implantação do programa.

3.9. Regular o cadastramento dos ACS e enfermeiros instrutores/supervisores no SIA/SUS.

3.10. Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e de gerenciamento do programa.

3.11. Disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores ao processo de formação e educação permanente dos ACS.

3.12. Capacitar e garantir processo de educação permanente aos enfermeiros instrutores-supervisores dos ACS.

3.13. Assessorar os municípios para implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente o Sistema de Informação do PACS - SIPACS como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelos ACS.

3.14. Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos.

3.15. Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação.

3.16. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados das ações do PACS no âmbito do estado.

3.17. Promover o intercâmbio de experiência entre os diversos municípios, objetivando disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria do atendimento primário à saúde.

3.18. Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento do programa no âmbito do estado.

Responsabilidades do Município

4. O município deve cumprir os seguintes REQUISITOS para sua inserção ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde:

4.1. Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde onde está aprovada a implantação do programa.

4.2. Definir Unidade Básica de Saúde para referência e cadastramento dos Agentes Comunitários de Saúde no SIA/SUS.

4.3. Comprovar a existência de Fundo Municipal de Saúde ou conta especial para a saúde.

4.4. Garantir a existência de profissional(ais) enfermeiro(s), com dedicação integral na(s) unidade(s) básica(s) de referência, onde no âmbito de suas atribuições exercerão a função

de instrutor supervisor, na proporção de no máximo 30 Agentes Comunitários de Saúde para 01 enfermeiro.

5. A adesão ao PACS deve ser solicitada, pelo município, à Secretaria Estadual de Saúde.

Prerrogativas:

6. O Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo, proporcionais à população assistida pelos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com critérios e prioridades definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

6.1. As Secretarias Estaduais definirão a forma de apoio no âmbito de suas competências.

7. No âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ao município cabe:

7.1. Conduzir a implantação e a operacionalização do programa como ação integrada e subordinada ao serviço municipal de saúde.

7.2. Inserir o PACS nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde.

7.3. Garantir infra-estrutura de funcionamento da(s) unidade(s) básica(s) de referência dos ACS.

7.4. Inserir as atividades do programa na programação físico-financeira ambulatorial do município, com definição de contrapartida de recursos municipais.

7.5. Definir áreas geográficas para implantação do programa, priorizando aquelas onde as famílias estão mais expostas aos riscos de adoecer e morrer.

7.6. Recrutar os agentes comunitários de saúde através de processo seletivo, segundo as normas e diretrizes básicas do programa.

7.7. Contratar e remunerar os ACS e o(s) enfermeiro(s) instrutor(es)/supervisor(es).

7.8. Garantir as condições necessárias para o processo de capacitação e educação permanente dos ACS.

7.9. Garantir as condições necessárias para o processo de capacitação e educação permanente dos enfermeiros instrutores supervisores, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde.

7.10. Implantar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente o Sistema de Informação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, cumprindo o fluxo estabelecido para alimentação dos bancos de dados regional e estadual.

7.11. Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias dos ACS no processo de programação e planejamento das ações das unidades básicas de referência.

7.12. Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação aos conselhos locais e municipal de saúde.

7.13. Viabilizar equipamentos necessários para a informatização do sistema de informação.

Diretrizes Operacionais

8. Na operacionalização do Programa deverão ser observadas as seguintes diretrizes:

8.1. O Agente Comunitário de Saúde - ACS deve trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida.

8.2. Um ACS é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas.

8.3. O recrutamento do Agente Comunitário de Saúde deve se dar através de processo seletivo, no próprio município, com assessoria da Secretaria Estadual de Saúde.

8.4. São considerados requisitos para o ACS: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

8.5. O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência.

8.6. É vedado ao ACS desenvolver atividades típicas do serviço interno das unidades básicas de saúde de sua referência.

8.7. A capacitação do Agente Comunitário de Saúde deve ocorrer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade do Instrutor-Supervisor, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço local de saúde.

8.8. O ACS deve ser capacitado para prestar assistência a todos os membros das famílias acompanhadas, de acordo com as suas atribuições e competências.

8.9. O conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco de problemas identificados em cada território de trabalho.

8.10. A substituição de um ACS por suplente classificado no processo seletivo poderá ocorrer em situações onde o ACS: deixa de residir na área de sua atuação; assume outra atividade que comprometa a carga horária necessária para desempenho de suas atividades; não cumpre os compromissos e atribuições assumidas; gera conflitos ou rejeição junto a sua comunidade; o próprio ACS, por motivos particulares, requeira seu afastamento.

8.11. Em caso de impasse na substituição de um ACS, a situação deve ser submetida ao conselho local ou municipal de saúde.

8.12. O monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo Programa deverá ser realizado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou transitoriamente pelo Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS ou ainda por outro sistema de informação implantado pelo município, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao Programa pela Ministério da Saúde (SIAB ou SIPACS).

8.13. A não alimentação do Sistema de Informação por um período de 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados durante o ano, implicará na suspensão do cadastramento do programa.

8.14. São consideradas atribuições básicas dos ACS, nas suas áreas territoriais de abrangência:

8.14.1. realização do cadastramento das famílias;

8.14.2. participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do 8.14.3. perfil sócio econômico da comunidade, na identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, na descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, na realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da sua área de abrangência;

- 8.14.4. realização do acompanhamento das micro-áreas de risco;
- 8.14.5. realização da programação das visitas domiciliares, elevando a sua frequência nos domicílios que apresentam situações que requeiram atenção especial;
- 8.14.6. atualização das fichas de cadastramento dos componentes das famílias;
- 8.14.7. execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;
- 8.14.8. acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos;
- 8.14.9. promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso;
- 8.14.10. promoção do aleitamento materno exclusivo;
- 8.14.11. monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral;
- 8.14.12. monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência;
- 8.14.13. monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças;
- 8.14.14. orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas;
- 8.14.15. identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência;
- 8.14.16. realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de desenvolvimento da gestação;
- 8.14.17. seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição;
- 8.14.18. incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto;
- 8.14.19. atenção e cuidados ao recém nascido; cuidados no puerpério;
- 8.14.20. monitoramento dos recém nascidos e das puérperas;
- 8.14.21. realização de ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, encaminhando as mulheres em idade fértil para realização dos exames periódicos nas unidades de saúde da referência;
- 8.14.22. realização de ações educativas sobre métodos de planejamento familiar;
- 8.14.23. realização de ações educativas referentes ao climatério;
- 8.14.24. realização de atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- 8.14.25. realização de atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil.
- 8.14.26. busca ativa das doenças infecto-contagiosas;
- 8.14.27. apoio a inquéritos epidemiológicos ou investigação de surtos ou ocorrência de doenças de notificação compulsória;
- 8.14.28. supervisão dos eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e dos pacientes com tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
- 8.14.29. realização de atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso;

- 8.14.30. identificação dos portadores de deficiência psico-física com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio;
- 8.14.31. incentivo à comunidade na aceitação e inserção social dos portadores de deficiência psico-física;
- 8.14.32. orientação às famílias e à comunidade para a prevenção e o controle das doenças endêmicas;
- 8.14.33. realização de ações educativas para preservação do meio ambiente;
- 8.14.34. realização de ações para a sensibilização das famílias e da comunidade para abordagem dos direitos humanos;
- 8.14.35. estimulação da participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- 8.14.36. outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

8.15. São consideradas atribuições básicas dos enfermeiros instrutores/supervisores:

- 8.15.1. planejar e coordenar a capacitação e educação permanente dos ACS, executando-a com participação dos demais membros da equipe de profissionais do serviço local de saúde;
- 8.15.2. coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho dos ACS;
- 8.15.3. reorganizar e readequar, se necessário, o mapeamento das áreas de implantação do programa após a seleção dos ACS, de acordo com a dispersão demográfica de cada área e respeitando o parâmetro do número máximo de famílias por ACS;
- 8.15.4. coordenar a acompanhar a realização do cadastramento das famílias;
- 8.15.5. realizar, com demais profissionais da unidade básica de saúde, o diagnóstico demográfico e a definição do perfil sócio-econômico da comunidade, a identificação de traços culturais e religiosos das famílias e da comunidade, a descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, a realização do levantamento das condições de saneamento básico e realização do mapeamento da área de abrangência dos ACS sob sua responsabilidade;
- 8.15.6. coordenar a identificação das micro-áreas de risco para priorização das ações dos ACS;
- 8.15.7. coordenar a programação das visitas domiciliares a serem realizadas pelos ACS, realizando acompanhamento e supervisão periódicas;
- 8.15.8. coordenar a atualização das fichas de cadastramento das famílias;
- 8.15.9. coordenar e supervisionar a vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco;
- 8.15.10. executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica na unidade básica de saúde, no domicílio e na comunidade;
- 8.15.11. participar do processo de capacitação e educação permanente técnica e gerencial

junto às coordenações regional e estadual do programa;

8.15.12. consolidar, analisar e divulgar mensalmente os dados gerados pelo sistema de informação do programa;

8.15.13. participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho da unidade básica de saúde, considerando a análise das informações geradas pelos ACS;

8.15.14. definir, juntamente com a equipe da unidade básica de saúde, as ações e atribuições prioritárias dos ACS para enfrentamento dos problemas identificados;

8.15.15. alimentar o fluxo do sistema de informação aos níveis regional e estadual, nos prazos estipulados;

8.15.16. tomar as medidas necessárias, junto à Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, quando da necessidade de substituição de um ACS;

8.15.17. outras ações e atividades a serem definidas de acordo com prioridades locais.

9. O não cumprimento das normas e diretrizes do programa implicará na suspensão da alocação de recursos federais para o seu financiamento.

ANEXO II - NORMAS E DIRETRIZES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF

Responsabilidades do Ministério da Saúde

1. Ao Ministério da Saúde, no âmbito do PSF, cabe:

1.1. Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de saúde da família pelos serviços municipais de saúde.

1.2. Estabelecer normas e diretrizes para a implantação do programa.

1.3. Garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento tripartite do programa.

1.4. Definir mecanismo de alocação de recursos federais para a implantação e a manutenção das unidades de saúde da família, de acordo com os princípios do SUS.

1.5. Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos federais ao programa.

- 1.6. Negociar na Comissão Intergestora Tripartite os requisitos específicos e prerrogativas para implantação e ou implementação da estratégia de saúde da família.
- 1.7. Regulamentar e regular o cadastramento das unidades de saúde da família no SIA/SUS.
- 1.8. Prestar assessoria técnica aos estados e municípios para o processo de implantação e de gerenciamento do programa.
- 1.9. Promover a articulação entre as instituições de ensino superior e as instituições de serviço para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família.
- 1.10. Assessorar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações.
- 1.11. Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação “sensu latu”.
- 1.12. Disponibilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB como instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família.
- 1.13. Assessorar estados e municípios na implantação do Sistema de Informação.
- 1.14. Consolidar e analisar os dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos.
- 1.15. Controlar o cumprimento, pelos estados e municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação.
- 1.16. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das unidades de saúde da família.
- 1.17. Contribuir para a criação de uma rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família.
- 1.18. Promover articulações com outras instâncias da esfera federal a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde da família.

1.19. Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado.

Responsabilidades da Secretaria Estadual de Saúde

2. No âmbito das Unidades da Federação a coordenação do PSF, de acordo com o princípio de gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde, está sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Compete à esta instância definir, dentro de sua estrutura administrativa, o setor que responderá pelo processo de coordenação do programa e que exercerá o papel de interlocutor com o nível de gerenciamento nacional.

3. Às Secretarias Estaduais de Saúde, no âmbito do PSF, cabe:

3.1. Contribuir para a reorientação do modelo assistencial através do estímulo à adoção da estratégia de saúde da família pelos serviços municipais de saúde.

3.2. Estabelecer, em conjunto com a instância de gerenciamento nacional do programa, as normas e as diretrizes do programa.

3.3. Definir estratégias de implantação e/ou implementação do programa.

3.4. Garantir fontes de recursos estaduais para compor o financiamento tripartite do programa.

3.5. Definir mecanismo de alocação de recursos que compõem o teto financeiro do Estado para a implantação e a manutenção do programa.

3.6. Definir prioridades para a alocação da parcela de recursos estaduais ao programa.

3.7. Pactuar com o Conselho Estadual de Saúde e com a Comissão de Intergestores Bipartite os requisitos específicos e prioridades para a implantação do programa.

3.8. Cadastrar as unidades de saúde da família no SIA/SUS.

3.9. Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, monitoramento e gerenciamento do programa.

3.10. Promover articulação com as instituições de ensino superior para capacitação,

formação e educação permanente dos recursos humanos de saúde da família.

3.11. Integrar os Pólos de Capacitação, formação e educação permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações.

3.12. Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação “sensu latu”.

3.13. Assessorar os municípios na implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, enquanto instrumento para monitorar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família.

3.14. Consolidar e analisar os dados de interesse estadual gerados pelo sistema de informação e alimentar o banco de dados nacional.

3.15. Controlar o cumprimento, pelos municípios, da alimentação do banco de dados do sistema de informação.

3.16. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações das unidades de saúde da família no âmbito do estado.

3.17. Participar de rede nacional/regional de intercâmbio de experiências no processo de produção de conhecimento em saúde da família.

3.18. Promover intercâmbio de experiências entre os municípios de sua abrangência.

3.19. Promover articulações com outras instâncias da esfera estadual, a fim de garantir a consolidação da estratégia de saúde a família.

3.20. Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais de apoio, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado.

Responsabilidades do Município

4. Conduzir a implantação e a operacionalização do PSF como estratégia de reorientação das unidades básicas de saúde, no âmbito do sistema local de saúde.

4.1. Inserir o PSF nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde.

- 4.2. Inserir as unidades de saúde da família na programação físico-financeira ambulatorial do município, com definição de contrapartida de recursos municipais.
- 4.3. Eleger áreas para implantação das unidades de saúde da família, priorizando aquelas onde a população está mais exposta aos riscos sociais.
- 4.4. Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que integram as equipes de saúde da família.
- 4.5. Garantir a capacitação e educação permanente das equipes de saúde da família, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde.
- 4.6. Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, através do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou por outro instrumento de monitoramento, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao Programa pelo Ministério da Saúde (SIAB).
- 4.7. Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias no processo de programação e planejamento das ações locais.
- 4.8. Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação e de outros mecanismos e/ou instrumentos de avaliação, aos conselhos locais e municipal de saúde.
- 4.9. Garantir a infra-estrutura e os insumos necessários para resolutividade das unidades de saúde da família.
- 4.10. Garantir a inserção das unidades de saúde da família na rede de serviços de saúde, garantindo referência e contra-referência aos serviços de apoio diagnóstico, especialidades ambulatoriais, urgências/emergências e internação hospitalar.

Requisitos para a Inserção do Município no Programa

5. O município é o espaço de execução da estratégia de saúde da família enquanto projeto estruturante da atenção básica, portanto cabe a este nível definir os meios e condições operacionais para sua implantação.

6. O município deve cumprir os seguintes REQUISITOS para sua inserção ao Programa de Saúde da Família:

- 6.1. Estar habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/SUS 01/96.
 - 6.2. Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde onde aprova-se a implantação do programa.
- 7. A adesão ao PSF deve ser solicitada, pelo município, à Secretaria Estadual de Saúde.**

Prerrogativas

8. São prerrogativas do município:

- 8.1. O Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo, proporcionais à população assistida pelas unidades de saúde da família, de acordo com critérios e prioridades definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.
- 8.2. As Secretarias Estaduais definirão a forma de apoio no âmbito de suas competências.

Diretrizes Operacionais do Programa de Saúde da Família

9. Aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de Saúde da Família:

- 9.1. Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementaridade e hierarquização.
- 9.2. Adscrição de população/territorialização.
- 9.3. Programação e planejamento descentralizados.
- 9.4. Integralidade da assistência.
- 9.5. Abordagem multiprofissional.
- 9.6. Estímulo à ação intersetorial.
- 9.7. Estímulo à participação e controle social.
- 9.8. Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família.

9.9. Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.

10. Caracterização das unidades de saúde da família:

10.1. Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.

10.2. Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garanta resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados.

10.3. Trabalha com definição de território de abrangência, que significa a área que está sob sua responsabilidade.

10.4. Pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, a depender da área de abrangência e do número de habitantes vinculados a esta unidade.

10.5. As equipes devem realizar o cadastramento das famílias, com visita aos domicílios, segundo a definição territorial pré-estabelecida.

11. Caracterização das equipes de saúde da família:

11.1. Uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde resida, no máximo, 1000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas.

11.2. Recomenda-se que uma equipe de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas).

11.3. Para efeito de incorporação dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, as equipes deverão atender aos seguintes parâmetros mínimos de composição:

11.3.1. médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas) ou

11.3.2. médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem.

10 . PORTARIA GM/MS Nº 3.916, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998 - Define a Política Nacional de Medicamentos.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, interino, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de o setor saúde dispor de política devidamente expressa relacionada à questão de medicamentos;
considerando a conclusão do amplo processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema;
considerando a aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria.

Art. 2º. Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política agora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes, prioridades e responsabilidades nela estabelecidas.

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

JOSÉ SERRA

ANEXO - POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Formulação de Políticas de Saúde
Brasília - 1998

Presidente da República
FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Ministro da Saúde
JOSÉ SERRA

Secretário de Políticas de Saúde
JOÃO YUNES

Diretora do Departamento de Formulação de Políticas de Saúde/SPS
NEREIDE HERRERA ALVES DE MORAES

APRESENTAÇÃO

I. É com grande satisfação que apresento a Política Nacional de Medicamentos, cuja elaboração envolveu ampla discussão e coleta de sugestões, sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério.

II. Aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos tem como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Com esse intuito, suas principais diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária.

A presente Política observa e fortalece os princípios e as diretrizes constitucionais e legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS na sua efetivação.

O Ministério da Saúde está dando início às atividades de implementação desta política. um exemplo disso é a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que busca garantir

condições para a segurança e qualidade dos medicamentos consumidos no país. dada a sua abrangência, a consolidação da Política Nacional de Medicamentos envolverá a adequação dos diferentes programas e projetos, já em curso, às diretrizes e prioridades estabelecidas neste documento.

Brasília, 1º de outubro de 1998.

JOSÉ SERRA

Ministro da Saúde

PREFÁCIO

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão. Assim, devem ser explicitadas de forma a:

- tornar públicas e expressas as intenções do Governo;
- permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo;
- orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;
- funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis.

No âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado.

Esse processo está representado, em especial, pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, a partir dos quais é estruturado um documento inicial, destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes instâncias.

Entre as instâncias consultadas estão os vários órgãos do próprio Ministério, os demais gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, os segmentos diretamente envolvidos com o assunto objeto da política e a população em geral, mediante a atuação do Conselho Nacional de Saúde, instância que, no nível federal, tem o imprescindível papel de atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde”, conforme atribuição que lhe foi conferida pela Lei nº 8.142/90.

A promoção das mencionadas discussões objetiva sistematizar as opiniões acerca da questão e recolher sugestões para a configuração final da política em construção, cuja proposta decorrente é submetida à avaliação e aprovação do Ministro da Saúde.

No nível da direção nacional do Sistema, a responsabilidade pela condução desse processo está afeta à Secretaria de Políticas de Saúde, a qual cabe identificar e atender as demandas por formulação ou reorientação de políticas. Cabe também à Secretaria promover ampla divulgação e operacionalizar a gestão das políticas consideradas estratégicas, além de implementar a sua contínua avaliação, visando, inclusive, ao seu sistemático aperfeiçoamento.

Paralelamente, deve-se ressaltar que a operacionalização das políticas formuladas exige o desenvolvimento de processo voltado à elaboração ou reorientação de planos, projetos e atividades, que permitirão consequência prática às políticas.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS a “formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)”.

O seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A Política de Medicamentos aqui expressa tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, a definição ou redefinição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal.

Esta Política concretiza metas do Plano de Governo, integra os esforços voltados à consolidação do SUS, contribui para o desenvolvimento social do País e orienta a execução das ações e metas prioritárias fixadas pelo Ministério da Saúde.

Contempla diretrizes e define prioridades relacionadas à legislação - incluindo a regulamentação -, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda, que outros insumos básicos na atenção à saúde, tais como imunobiológicos e hemoderivados, deverão ser objeto de políticas específicas. No caso particular dos produtos derivados do sangue, esta Política trata de aspectos concernentes a estes produtos, de que são exemplos questões relativas às responsabilidades dos três gestores do SUS e ao efetivo controle da qualidade.

2. JUSTIFICATIVA

O sistema de saúde brasileiro, que engloba estabelecimentos públicos e o setor privado de prestação de serviços, inclui desde unidades de atenção básica até centros hospitalares de alta complexidade. A importância e o volume dos serviços prestados pelo setor público de saúde no Brasil (composto pelos serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS (podem ser verificados, por exemplo, no montante de atividades desenvolvidas em 1996, do qual constam a realização de 2,8 milhões de partos, 318 milhões de consultas médicas, 12 milhões de internações hospitalares, 502 milhões de exames e a aplicação de 48 milhões de doses de vacinas.

É indiscutível, portanto, a importância dos serviços de saúde, os quais constituem, ao lado de uma série de outros, fator de extrema importância para a qualidade de vida da população. Esses serviços representam, hoje, preocupação de todos os gestores do setor, seja pela natureza das práticas de assistência neles desenvolvidas, seja pela totalidade dos recursos por eles absorvidos.

A despeito do volume de serviços prestados pelo sistema de saúde, ainda há parcelas da população excluídas de algum tipo de atenção. Verifica-se, além disso, constantes mudanças no perfil epidemiológico que, atualmente, compreende doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos. Assim, ao mesmo tempo em que são prevalentes as doenças crônico-degenerativas, aumenta a morbimortalidade decorrente da violência, especialmente dos homicídios e dos acidentes de trânsito. Além disso, emergem e reemergem outras doenças, tais como a cólera, a dengue, a malária, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

O envelhecimento populacional gera novas demandas, cujo atendimento requer a constante adequação do sistema de saúde e, certamente, a transformação do modelo de atenção prestada, de modo a conferir prioridade ao caráter preventivo das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Sob esse enfoque, a política de medicamentos é, indubitavelmente, fundamental nessa transformação.

Deve-se considerar, ainda, que modificações qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos são influenciadas pelos indicadores demográficos, os quais têm demonstrado clara tendência de aumento na expectativa de vida ao nascer.

Acarretando um maior consumo e gerando um maior custo social, tem-se novamente o processo de envelhecimento populacional interferindo sobretudo na demanda de medicamentos destinados ao tratamento das doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de medicamentos de alto custo. Igualmente, adquire especial relevância o aumento da demanda daqueles de uso contínuo, como é o caso dos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares, reumáticas e da diabetes. Frise-se o fato de que é bastante comum, ainda, pacientes sofrerem de todas essas doenças simultaneamente.

Este cenário é também influenciado pela desarticulação da assistência farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde. Em decorrência, observa-se, por exemplo, a falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Some-se a isso a irregularidade no abastecimento de medicamentos, no nível ambulatorial, o que diminui, em grande parte, a eficácia das ações governamentais no setor saúde.

O processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, presentes na sociedade brasileira, são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos, requerendo, necessariamente, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo educativo tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário.

A produção e a venda de medicamentos devem enquadrar-se em um conjunto de leis, regulamentos e outros instrumentos legais direcionados para garantir a eficácia, a segurança e a qualidade dos produtos, além dos aspectos atinentes a custos e preços de venda, em defesa do consumidor e dos programas de subsídios institucionais, tais como de compras de medicamentos, reembolsos especiais e planos de saúde.

Essa necessidade torna-se ainda mais significativa na medida em que o mercado farmacêutico brasileiro é um dos cinco maiores do mundo, com vendas que atingem 9,6 bilhões de dólares/ano. Em 1996, esse mercado gerou 47.100 empregos diretos e investimentos globais da ordem de 200 milhões de dólares. O setor é constituído por cerca de 480 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores.

Há, no país, cerca de 50 mil farmácias, incluindo as hospitalares e as homeopáticas, que comercializam 5.200 produtos, com 9.200 apresentações.

No tocante ao perfil do consumidor brasileiro, este pode ser dividido em três grupos: o primeiro, formado por aqueles com renda acima de 10 salários mínimos, que corresponde a 15 por cento da população, consome 48% do mercado total e tem uma despesa média anual de 193,40 dólares per capita; o segundo, apresenta uma renda entre quatro a 10 salários mínimos, que corresponde a 34% da população, consome 36% do mercado e gasta, anualmente, em média, 64,15 dólares per capita; o terceiro, tem renda de zero a quatro salários mínimos, que representa 51% da população, consome 16% do mercado e tem uma despesa média anual de 18,95 dólares per capita.

Nitidamente, a análise desse perfil do consumidor indica a necessidade de que a política de medicamentos confira especial atenção aos aspectos relativos ao uso racional, bem como à segurança, eficácia e qualidade dos produtos colocados à disposição da população brasileira.

3. DIRETRIZES

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito estejam balizadas pelas diretrizes a seguir explicitadas.

3.1. Adoção de relação de medicamentos essenciais

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva.

O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

O fato de que a Relação Nacional, conforme assinalado acima, deverá ser a base para a organização das listas estaduais e municipais favorecerá o processo de descentralização da gestão, visto que estas instâncias são, com a participação financeira e técnica do Ministério da Saúde, responsáveis pelo suprimento de suas redes de serviços.

Trata-se, portanto, de meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos. Visando maior veiculação, a RENAME deverá ser continuamente divulgada por diferentes meios, como a Internet, por exemplo, possibilitando, entre outros aspectos, a aquisição de medicamentos a preços menores, tanto por parte do consumidor em geral, quanto por parte dos gestores do Sistema.

No processo de atualização contínua da RENAME, deverá ser dada ênfase ao conjunto dos medicamentos voltados para a assistência ambulatorial, ajustado, no nível local, às doenças mais comuns à população, definidas segundo prévio critério epidemiológico.

3.2. Regulamentação sanitária de medicamentos

Nesse contexto, serão enfatizadas, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância. Para tanto, deverão ser utilizadas comissões técnicas e grupos assessores com a finalidade de respaldar e subsidiar as atividades de regulamentação e as decisões que envolvam questões de natureza científica e técnica.

A promoção do uso de medicamentos genéricos será, igualmente, objeto de atenção especial. Portanto, o gestor federal deverá identificar os mecanismos necessários para tanto, por exemplo, a adequação do instrumento legal específico.

Essa adequação deverá contemplar aspectos essenciais que favoreçam a consolidação do uso dos genéricos, tais como:

- a) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais - bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos;
- b) a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas de medicamentos realizadas pela Administração Pública;
- c) a adoção de exigências específicas para o aviamento de receita médica ou odontológica, relativas à sua forma e à identificação do paciente e do profissional que a prescreve;

d) a apresentação da denominação genérica nas embalagens, rótulos, bulas, prospectos, textos e demais materiais de divulgação e informação médica.

As ações de vigilância sanitária serão gradualmente descentralizadas e transferidas à responsabilidade executiva direta de estados e municípios, com exceção do registro de medicamentos e autorização do funcionamento de empresas, que constituem papéis indelegáveis do gestor federal. Em todos os casos, deverá ser garantida a aplicação das normas existentes e a integração operacional do sistema, em todas as esferas.

3.3. Reorientação da assistência farmacêutica

O modelo de assistência farmacêutica será reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

A reorientação do modelo de assistência farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema, deverá estar fundamentada:

- a) na descentralização da gestão;
- b) na promoção do uso racional dos medicamentos;
- c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;
- d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

A assistência farmacêutica no SUS, por outro lado, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização (nesta compreendida a prescrição e a dispensação), o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos.

No tocante aos agravos e doenças cuja transcendência, magnitude e ou vulnerabilidade tenham repercussão na saúde pública, buscar-se-á a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento.

Assim, o processo de descentralização em curso contemplará a padronização dos produtos, o planejamento adequado e oportuno e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão. Essas responsabilidades ficam, dessa forma, inseridas na ação governamental, o que deverá assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais.

O processo de descentralização, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais. Essa decisão, adotada por ocasião das programações anuais, deverá ser precedida da análise de critérios técnicos e administrativos.

Inicialmente, a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber:

- a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;
- b) doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;
- c) doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

Após essa análise, a decisão deverá, ainda, observar critérios mais específicos, relativos a aspectos técnicos e administrativos, de que são exemplos:

- a) o financiamento da aquisição e da distribuição dos produtos, sobretudo no tocante à disponibilidade de recursos financeiros;
- b) o custo-benefício e o custo-efetividade da aquisição e distribuição dos produtos em relação ao conjunto das demandas e necessidades de saúde da população;
- c) a repercussão do fornecimento e uso dos produtos sobre a prevalência ou incidência de doenças e agravos relacionados aos medicamentos fornecidos;
- d) a necessidade de garantir apresentações de medicamentos, em formas farmacêuticas e dosagens adequadas, considerando a sua utilização por grupos populacionais específicos, como crianças e idosos.

É importante ressaltar que, independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição - os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica.

Nesse particular, o gestor federal, especialmente, em articulação com a área econômica, deverá identificar medidas com vistas ao acompanhamento das variações e índices de custo dos medicamentos, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo. Ainda com relação à articulação, a atuação conjunta com o Ministério da Justiça buscará coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos.

Essas decisões e a cooperação técnica referida serão viabilizadas por intermédio da articulação intergestores, concretizada, por exemplo, na instituição de grupo técnico-assessor integrado por representações das três esferas de gestão, responsável, principalmente, pela implementação do modelo de assistência farmacêutica a ser adotado, pactuado e submetido à Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

O Conselho Nacional de Saúde terá papel preponderante nesse processo, tendo em vista o acompanhamento da implementação da Política de Medicamentos, especialmente no tocante ao cumprimento das medidas pactuadas.

3.4. Promoção do uso racional de medicamentos

No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes.

Especial ênfase deverá ser dada, também, ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Promover-se-á, da mesma forma, a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Além disso, terá importante enfoque a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, vez que esta iniciativa ultrapassa os limites do setor saúde, abrangendo outros ministérios e esferas de Governo, além da sociedade e das corporações profissionais. Nesse particular, é importante ressaltar que a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado. Portanto, deve estar em absoluta conformidade com as definições constantes da Lei nº 8.080/90, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável.

O Ministério da Saúde levará à discussão, no âmbito da Cúpula das Américas, uma proposta de utilização dos genéricos visando a consolidação do uso destes medicamentos pelos países da Região.

A propaganda de produtos farmacêuticos, tanto aquela direcionada aos médicos, quanto especialmente a que se destina ao comércio farmacêutico e à população leiga, deverá se enquadrar em todos os preceitos legais vigentes, nas diretrizes éticas emanadas do Conselho Nacional de Saúde, bem como nos padrões éticos aceitos internacionalmente.

3.5. Desenvolvimento científico e tecnológico

Será incentivada a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo.

Além disso, deverá ser continuado e expandido o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas.

Igualmente, serão estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País.

Esse processo exigirá uma ação articulada dos Ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, entre outros, bem como a permanente cooperação técnica com organismos e agências internacionais.

A oferta de medicamentos está intrinsecamente relacionada com a pesquisa e o desenvolvimento, os quais, por sua vez, encerram aspectos relativos à estrutura e ao perfil industrial no Brasil, composto por três segmentos de produção: nacional público, nacional privado e de empresas de capital transnacional no setor - este último predominante no País. Caberá ao Ministério da Saúde, por intermédio do órgão responsável pela implementação da Política de Ciência e Tecnologia, estimular uma maior articulação das instituições de pesquisas e das universidades com o setor produtivo, a partir do estabelecimento de prioridades.

Igualmente, deverão ser implementados mecanismos que influenciem na formação e viabilizem o treinamento contínuo dos profissionais no que se refere ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Cabe assinalar, ainda, a importância de o País dispor de instrumento estratégico para a divulgação dos avanços científicos que, além de expressar o nível de desenvolvimento alcançado, estabeleça os requisitos mínimos das matérias-primas e especialidades.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde deverá promover o processo de revisão permanente da Farmacopéia Brasileira, que constitui mecanismo de fundamental importância para as ações legais de vigilância sanitária e das relações de comércio exterior, tanto de importação, quanto de exportação.

3.6. Promoção da produção de medicamentos

Esforços serão concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional).

A capacidade instalada dos laboratórios oficiais - que configura um verdadeiro patrimônio nacional - deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender as necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS.

O papel desses laboratórios é especialmente importante no que tange ao domínio tecnológico de processos de produção de medicamentos de interesse em saúde pública. Esses laboratórios deverão, ainda, constituir-se em uma das instâncias favorecedoras do monitoramento de preços no mercado, bem como contribuir para a capacitação dos profissionais.

Com referência aos medicamentos genéricos, o Ministério da Saúde, em ação articulada com os demais ministérios e esferas de Governo, deverá estimular a fabricação desses produtos pelo parque produtor nacional, em face do interesse estratégico para a sociedade brasileira, incluindo, também, a produção das matérias-primas e dos insumos necessários para esses medicamentos.

Será também incentivada a produção de medicamentos destinados ao tratamento de patologias cujos resultados tenham impacto sobre a saúde pública ou que são adquiridos em sua quase totalidade pelo setor público.

Nesse sentido, deverão ser identificados e implementados mecanismos que possibilitem a eliminação da dependência, ao Governo Federal, dos laboratórios oficiais, a modernização dos seus sistemas de produção e o alcance de níveis de eficiência e competitividade, particularmente no que concerne aos preços dos produtos.

3.7. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos

O processo para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. Essas atividades, coordenadas em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária, serão efetivadas mediante ações próprias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no

cumprimento dos regulamentos concernentes às boas práticas de fabricação. Essa sistemática permitirá a concretização dos preceitos estabelecidos na Lei nº 8.080/90 e em legislações complementares.

Para o exercício dessas ações, a Secretaria de Vigilância Sanitária implementará e consolidará roteiros de inspeções aplicáveis à área de medicamentos e farmoquímicos. Definirá, desenvolverá e implantará sistemas de informação para o setor, envolvendo os três níveis de gestão, estabelecendo procedimentos e instrumentos de avaliação.

A reestruturação, a unificação e o reconhecimento nacional e internacional da Rede Brasileira de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde - REBLAS, no âmbito do sistema brasileiro de certificação, permitirão aos produtores testemunhar, voluntariamente, a qualidade dos seus produtos colocados no comércio - que são adquiridos pelos serviços de saúde - e, ainda, a fiscalização e o acompanhamento da conformidade de medicamentos, farmoquímicos e insumos farmacêuticos.

Será promovida a sistematização do arcabouço legal existente, adequando-o aos princípios e diretrizes constitucionais e legais do SUS, bem como ao estágio atual do processo de descentralização da gestão.

3.8. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial de modo a que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade - cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

O componente recursos humanos deverá requerer atenção especial, sobretudo no tocante ao estabelecido pela Lei nº 8.080/90, em seu artigo 14 e **Parágrafo único**, que definem que a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersetorial articulada. A Lei, inclusive, define como mecanismo fundamental a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias”.

Para o atendimento das necessidades e demandas relativas aos recursos humanos, decorrentes da operacionalização desta Política, o processo de articulação implementado pela Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, do Ministério da Saúde, compreenderá a abordagem de todos os aspectos inerentes às diretrizes aqui fixadas, em especial no que se refere à promoção do uso racional de medicamentos e a produção,

comercialização e dispensação dos genéricos, bem como a capacitação em manejo de medicamentos. O trabalho conjunto com o Ministério da Educação e do Desporto, especificamente, deverá ser viabilizado tendo em vista a indispensável adequação dos cursos de formação na área da saúde, sobretudo no tocante à qualificação nos campos da farmacologia e terapêutica aplicada.

Algumas diretrizes e prioridades contidas no texto desta Política explicitam as necessidades e demandas em termos de recursos humanos. Todavia, o desenvolvimento e a capacitação constituirão ações sistemáticas que permearão todas as medidas, iniciativas, programas e atividades dela decorrentes.

Cabe ressaltar, finalmente, que áreas estratégicas, de que é exemplo relevante a vigilância sanitária, cujas atribuições configuram funções típicas e exclusivas de Estado, serão objeto de enfoque particular, haja vista a crônica carência de pessoal capacitado na área, nas três esferas de gestão do SUS, o que exigirá, por parte dos gestores, estudos e medidas concretas voltadas para a recomposição e ou complementação adequada de quadros de pessoal especializado para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas.

4. PRIORIDADES

As diretrizes apresentadas no capítulo anterior comportam um conjunto de prioridades que configuram as bases para o alcance do propósito desta Política, bem como para a implementação das diferentes ações indispensáveis ao seu efetivo cumprimento.

4.1. Revisão permanente da RENAME

A consolidação do processo de revisão permanente da RENAME, instrumento básico de racionalização no âmbito do SUS, com atualização contínua, representa medida indispensável haja vista que a seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade dos produtos. Esse processo, coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, será desenvolvido mediante a participação dos demais órgãos do Ministério - Secretaria de Vigilância Sanitária e Secretaria de Assistência à Saúde - e dos gestores estaduais e municipais, responsáveis pela implementação das ações que operacionalizam esta Política e de instituições científicas que atuam na área de medicamentos.

A RENAME será organizada consoante às patologias e agravos à saúde mais relevantes e prevalentes, respeitadas as diferenças regionais do País. As apresentações dos produtos

deverão assegurar as formas farmacêuticas e as dosagens adequadas para a utilização por crianças e idosos.

Cabe ressaltar que, como um dos mecanismos favorecedores da redução de preços dos medicamentos, a RENAME será sistemática e amplamente divulgada.

4.2. Assistência Farmacêutica

Em conformidade com as diretrizes relativas à reorientação da assistência farmacêutica anteriormente explicitadas, especialmente no que se refere ao processo de descentralização, as três esferas de Governo assegurarão, nos seus respectivos orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos, de forma direta ou descentralizada.

Nesse contexto, a aquisição de medicamentos será programada pelos estados e municípios de acordo com os critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3 “Diretrizes”, tópico 3.3 deste documento. O gestor federal participa do processo de aquisição dos produtos mediante o repasse Fundo-a-Fundo de recursos financeiros e a cooperação técnica.

No tocante a essa transferência, atenção especial deverá ser dada aos medicamentos destinados ao atendimento de esquemas terapêuticos continuados, aos que ratificam decisões e compromissos internacionais e àqueles voltados à assistência a pacientes de alto risco, como é o caso dos transplantados e renais crônicos.

A prioridade maior do Ministério da Saúde é a descentralização plena do processo de aquisição e distribuição de medicamentos. No entanto, para que as decisões acerca desse processo possam ser viabilizadas, deverá ser instituído um grupo tripartite, com atribuições específicas, que atuará junto ao setor responsável pela implementação da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde.

A aquisição e a distribuição, pelo Ministério, dos produtos componentes da assistência farmacêutica básica serão substituídas pela transferência regular e automática, Fundo-a-Fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica. Esses recursos serão utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações.

O gestor estadual deverá coordenar esse processo no âmbito do estado, com a cooperação técnica do gestor federal, de forma a garantir que a aquisição realize-se em conformidade com a situação epidemiológica do município, e que o acesso da população aos produtos ocorra mediante adequada prescrição e dispensação.

Atenção especial deverá ser dada, também, a um outro grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviços ao SUS e faturados segundo tabela definida pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a Secretaria de Assistência à Saúde deverá viabilizar um estudo visando a revisão, atualização e ajuste diferenciado dos valores, considerando:

- o tempo decorrido desde o estabelecimento desses valores, quando da definição da composição de cada procedimento integrante da assistência hospitalar e ambulatorial, que levou em conta, naquela ocasião, um valor médio do custo de medicamentos para determinado grupo de patologias;

- o fato dos reajustes que vêm sendo efetivados levarem em conta somente o valor global do procedimento, e não o custo atualizado dos medicamentos vinculados aos mesmos.

O resultado do ajuste procedido deverá seguir o fluxo já estabelecido, ou seja, a pactuação na CIT e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde.

4.3. Promoção do uso racional de medicamentos

A promoção do uso racional de medicamentos envolverá, além da implementação da RENAME, em especial, as medidas a seguir indicadas.

4.3.1. Campanhas educativas

Serão desencadeadas campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde, com vistas a estimular o uso racional de medicamentos.

Caberá aos gestores do SUS, em conjunto com entidades da sociedade civil organizada, responsabilizar-se por essa iniciativa.

4.3.2. Registro e uso de medicamentos genéricos

A promoção do uso de medicamentos genéricos será progressivamente levada a efeito, respaldada nos seguintes pontos:

- a) estabelecimento de procedimentos para o registro de medicamentos genéricos;
- b) estabelecimento dos requisitos nacionais para a demonstração de equivalência terapêutica, principalmente em relação à biodisponibilidade;
- c) levantamento e utilização da infra-estrutura e da capacidade do País para a realização de estudos de bioequivalência disponível na rede de laboratórios;
- d) identificação de mecanismos de incentivo à produção de medicamentos genéricos;
- e) estabelecimento de regulamentação referente à comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos genéricos em todo o Território Nacional.

4.3.3. Formulário Terapêutico Nacional

Deverá ser elaborado e amplamente divulgado o formulário terapêutico nacional, instrumento importante para a orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos, por parte dos profissionais de saúde, e para a racionalização do uso destes produtos. O formulário conterá todas as informações relativas aos medicamentos, inclusive quanto à sua absorção e ação no organismo.

4.3.4. Farmacoepidemiologia e farmacovigilância

As ações de farmacovigilância, além de tratar dos efeitos adversos, serão utilizadas, também, para assegurar o uso racional dos medicamentos. Para tanto, deverão ser desenvolvidos estudos, análises e avaliações decorrentes dessas ações, de modo a reorientar procedimentos relativos a registros, formas de comercialização, prescrição e dispensação dos produtos.

Quanto à farmacoepidemiologia, deverão ser incentivados estudos sobre a utilização de produtos como forma de contribuir para o uso racional de medicamentos.

4.3.5. Recursos humanos

Será estimulado, por intermédio de diferentes mecanismos de articulação intersetorial, o acesso do profissional a conhecimentos e treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades específicas, como aquelas relacionadas ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, guias terapêuticos padronizados e farmacovigilância.

Além disso, buscar-se-á promover a educação continuada dos profissionais de saúde sobre farmacologia e terapêutica aplicada e outros aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos, bem como no manejo dos produtos, além da disseminação de informações objetivas e atualizadas.

4.4. Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos

A Secretaria de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, será responsável pela coordenação e monitoramento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em articulação com estados e municípios, de forma a estabelecer claramente as medidas que atendam à estratégia da descentralização e o financiamento das ações.

A organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos terá por base a implementação do Sistema referido quanto às questões relativas a medicamentos. Nesse sentido, faz-se necessário desenvolver processo de reestruturação da área de vigilância

sanitária na esfera federal, visando, especialmente, a sua revitalização, a flexibilização de procedimentos e a busca por maior consistência técnico-científica no estabelecimento das bases de sua intervenção, o que poderá ser viabilizado, por exemplo, mediante a composição de grupos assessores integrados por representações de diferentes setores, como a academia, os serviços e o setor privado.

Na implementação dessa prioridade, deverão ser considerados, em especial, os aspectos identificados a seguir.

4.4.1. Desenvolvimento e elaboração de procedimentos operacionais sistematizados

Os procedimentos próprios da Vigilância Sanitária serão periodicamente revisados, sistematizados e consolidados em manuais técnico-normativos, roteiros, modelos e instruções de serviço, viabilizando-se, ainda, ampla divulgação. Nesse contexto, aplica-se, inclusive, a revisão dos procedimentos relativos ao registro de medicamentos de marca e similares. A adoção desses instrumentos concorrerá para a equalização e a agilização das atividades e tarefas a serem cumpridas, quer as de natureza técnico-normativa, quer as de caráter administrativo, de que são exemplos: o registro de produtos, as inspeções em linhas de produção, a fiscalização e a farmacovigilância.

4.4.2. Treinamento de pessoal do Sistema de Vigilância Sanitária

O treinamento em serviço - recurso efetivo para as mudanças e adequações a serem introduzidas no modelo de atuação da vigilância sanitária - deverá buscar a incorporação:

- a) dos recentes avanços tecnológicos do setor, inclusive os da informatização do Sistema de Vigilância Sanitária;
- b) da metodologia convalidada de controle e de sistematização dos procedimentos técnicos e operacionais;
- c) dos esquemas apropriados de inspeção preventiva em linhas de produção, de serviços e de desembaraço alfandegário sanitário, bem como os de amostragem e coleta de material para o controle de qualidade referencial.

4.4.3. Consolidação do sistema de informação em vigilância sanitária

O aprimoramento do desempenho das ações de vigilância sanitária terá como ponto importante a consolidação do sistema de informação, que deverá compreender, principalmente:

- a) produtos registrados, sua composição, indicações principais e formas de comercialização;
- b) vigilância de medicamentos (farmacovigilância);
- c) produtos retirados do mercado e justificativas correspondentes;
- d) ensaios clínicos;

- e) normas e regulamentos atinentes à determinação do grau de risco de medicamentos e farmoquímicos;
- f) registros e regulamentos da qualidade dos produtos de comercialização autorizada e empresas;
- g) controle da comercialização e uso de produtos psicotrópicos e entorpecentes, inclusive nas farmácias magistrais;
- h) controle da propaganda dos medicamentos de venda livre;
- i) regulamentação e controle da propaganda realizada pelos fabricantes de medicamentos junto aos prescritores, de modo a resguardarem-se os padrões éticos.

5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO NO ÂMBITO DO SUS

No que respeita às funções de Estado, os gestores, em cumprimento aos princípios do SUS, atuarão no sentido de viabilizar o propósito desta Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

5.1. Articulação intersetorial

Caberá, no tocante à implementação desta Política, uma atuação que transcende os limites do setor saúde, conforme já referido anteriormente, voltado para a articulação intersetorial, sobretudo com as áreas envolvidas na questão medicamentos, que deverá ser efetivada nas diferentes instâncias do SUS.

No âmbito federal, de forma específica, a articulação promovida pelo Ministério da Saúde ocorrerá com várias instituições e organizações, conforme exemplificado a seguir:

a) Ministério da Justiça.

A articulação com esse Ministério terá por finalidade efetivar medidas no sentido de coibir eventuais abusos econômicos na área de medicamentos, com base nas Leis Antitruste, da Livre Concorrência e de Defesa do Consumidor.

b) Ministérios da área econômica.

A articulação com os ministérios da área econômica estará voltada para o acompanhamento das variações dos índices de custo dos medicamentos essenciais, com ênfase naqueles considerados de uso contínuo, no sentido de preservar a capacidade de aquisição dos produtos, por parte da população, de forma direta ou indireta (subsídio governamental, seguro de saúde).

Deverá, além disso, buscar o encaminhamento das questões relativas ao financiamento das

ações inseridas na operacionalização desta Política e que incluem, nos termos da lei, as respectivas participações dos governos estaduais e municipais.

c) Ministério da Educação e do Desporto.

A articulação com esse Ministério visará o desenvolvimento de ações, junto aos professores, pais e alunos, relativas ao uso correto dos medicamentos, bem como a reorientação dos currículos de formação dos profissionais de saúde.

d) Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Ciência e Tecnologia e agências internacionais.

A articulação do Ministério da Saúde com essas instituições buscará o estabelecimento de mecanismos e compromissos que viabilizem o fomento à cooperação técnica, científica e tecnológica.

5.2. Gestor federal

Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos, ressaltando-se como responsabilidades:

- a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;
- b) estabelecer normas e promover a assistência farmacêutica nas três esferas de Governo;
- c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;
- d) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;
- f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;
- g) promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;
- h) implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política;
- i) coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- j) promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;
- k) promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;

- l) promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;
- m) implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;
- n) promover a revisão periódica e a atualização contínua da RENAME e a sua divulgação, inclusive via internet;
- o) promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;
- p) promover a atualização permanente da Farmacopéia Brasileira;
- q) acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME;
- r) destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse Fundo-a-Fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para o mesmo;
- s) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;
- t) promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;
- u) adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, “Diretrizes”, tópico 3.3. deste documento;
- v) orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;
- w) orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

5.3. Gestor estadual

Conforme disciplinado na Lei n.º 8.080/90, cabe à direção estadual do SUS, em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

Nesse sentido, constituem responsabilidades da esfera estadual:

- a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;
- b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;
- c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica;
- d) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu âmbito;
- e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da

assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;

f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;

g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;

h) participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulação farmacêuticas;

i) investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da assistência farmacêutica;

j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;

k) implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;

l) definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;

m) definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, tendo por base critérios técnicos e administrativos referidos no Capítulo 3, “Diretrizes”, tópico 3.3. deste documento e destinando orçamento adequado à sua aquisição;

n) utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;

o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;

p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda;

q) orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que esta aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;

r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, que seja utilizada a capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

5.4. Gestor municipal

No âmbito municipal, caberá à Secretaria de Saúde ou ao organismo correspondente as seguintes responsabilidades:

a) coordenar e executar a assistência farmacêutica no seu respectivo âmbito;

b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em

- vista a execução da assistência farmacêutica;
- c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
 - d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;
 - e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
 - f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
 - g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
 - h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
 - i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
 - j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
 - k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;
 - l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
 - m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

O propósito desta Política Nacional de Medicamentos será objeto de contínua avaliação, mediante metodologias e indicadores definidos em projeto específico, a ser formulado pela Secretaria de Políticas de Saúde, a quem cabe, também, a responsabilidade da implementação do processo de elaboração ou reorientação de programas, projetos e atividades, de modo a adequá-los às diretrizes e prioridades aqui fixadas.

A principal finalidade da avaliação será conhecer a repercussão da Política de Medicamentos na saúde da população, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial, verificando, também, em que medida estão sendo consolidados os princípios e diretrizes do SUS.

Com isso, para além do enfoque meramente operacional, verificar-se-á como estão sendo considerados e consolidados os princípios acima referidos, constantes na Lei n.º 8.080/90, de que são exemplos, entre outros:

- a) “a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”;
- b) “a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”;
- c) “a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo”.

Além disso, buscar-se-á avaliar resultados e impactos da Política de Medicamentos em termos, por exemplo, de eficiência, cobertura e qualidade. Para essa avaliação, deverão ser definidos parâmetros e indicadores que serão periodicamente monitorados, cujos resultados orientarão a adoção das medidas corretivas necessárias, tanto em relação às linhas gerais da própria Política quanto em termos de redirecionamento de ações a ela vinculadas, tais como a farmácia básica.

Os resultados auferidos pelos programas, projetos e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos, os quais estão sob a responsabilidade de diferentes órgãos do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, constituirão, na verdade, os principais insumos básicos para o processo de acompanhamento e avaliação desta Política. A sistematização desses resultados e sua divulgação serão, da mesma forma, de responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde.

A Secretaria, por outro lado, deverá apoiar os órgãos do Ministério e as demais instâncias do SUS na identificação e aferição de metodologias e indicadores capazes de mensurar a efetividade e a eficiência de componentes-chave de cada uma das prioridades aqui definidas, incluindo-se aqueles preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

O processo de acompanhamento e avaliação desta Política implicará, necessariamente, não só o envolvimento dos órgãos do Sistema e dos outros setores aqui identificados, como, também, diferentes segmentos da sociedade que direta ou indiretamente lidam com a questão medicamentos.

7. TERMINOLOGIA

Assistência ambulatorial: Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.

Assistência farmacêutica: Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade.

Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas

constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

Automedicação: Uso de medicamento sem a prescrição, orientação e ou o acompanhamento do médico ou dentista.

Biodisponibilidade: Medida da quantidade de medicamento, contida em uma fórmula farmacêutica, que chega à circulação sistêmica e da velocidade na qual ocorre esse processo.

A biodisponibilidade se expressa em relação à administração intravenosa do princípio ativo (biodisponibilidade absoluta) ou a administração, por via oral, de um produto de referência (biodisponibilidade relativa ou comparativa).

A biodisponibilidade de um medicamento não deve ser confundida com a fração biodisponível, a menos que se refira à biodisponibilidade absoluta.

Bioequivalência: Condição que se dá entre dois produtos farmacêuticos que são equivalentes farmacêuticos e que mostram uma mesma ou similar biodisponibilidade segundo uma série de critérios. Para tanto, dois produtos farmacêuticos devem considerar-se como equivalentes terapêuticos.

Centrais farmacêuticas: Almojarifados centrais de medicamentos, geralmente na esfera estadual, onde é feita a estocagem e distribuição para hospitais, ambulatórios e postos de saúde.

Dispensação: É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado.

Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento.

São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

Doenças crônico-degenerativas: Doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano.

Doenças prevalentes: Doenças com maior número de casos existentes em função da população de uma região geográfica determinada.

Eficácia do medicamento: A capacidade de o medicamento atingir o efeito terapêutico visado.

Equivalência in vitro: Condições em que dois ou mais medicamentos, ou fármacos, exercem o mesmo efeito farmacológico, quantitativamente, em cultivos de células.

Ensaio clínico: Qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser

humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM): São aqueles relacionados com a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes; complementarmente, tem-se os estudos de farmacovigilância e os ensaios clínicos.

Expectativa de vida ao nascer: É o tempo que seria esperado para um recém-nascido poder viver, em média.

Farmácias magistrais: Farmácias autorizadas a manipular medicamento, inclusive o que contém psicotrópicos ou entorpecentes, cuja atividade requer autorização especial de funcionamento expedido pelo órgão competente do Ministério da Saúde.

Farmacopéia Brasileira: Conjunto de normas e monografias de farmoquímicos, estabelecido por e para um país.

Fármacos: Substância química que é o princípio ativo do medicamento.

Farmacoepidemiologia: Aplicação do método e raciocínio epidemiológico no estudo dos efeitos - benéficos e adversos - e do uso de medicamentos em populações humanas.

Farmacoterapia: A aplicação dos medicamentos na prevenção ou tratamento de doenças.

Farmacovigilância: Identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos, do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos.

Farmoquímicos: Todas as substâncias ativas ou inativas que são empregadas na fabricação de produtos farmacêuticos.

Forma de comercialização: Forma na qual o medicamento é vendido: supositório, comprimido, cápsulas.

Formulação farmacêutica: Relação quantitativa dos farmoquímicos que compõem um medicamento.

Formulário Terapêutico Nacional: Documento que reúne os medicamentos disponíveis em um país e que apresenta informações farmacológicas destinadas a promover o uso efetivo, seguro e econômico destes produtos.

Guias terapêuticos padronizados: Coleções de roteiros terapêuticos preconizados para doenças diversas.

Hemoderivados: Medicamentos produzidos a partir do sangue humano ou de suas frações.

Indicadores demográficos: Representação dos aspectos não sujeitos à observação direta relativa a dados populacionais.

Insumos farmacêuticos: Qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.

Lei antitruste: Regra de direito destinada a evitar que várias empresas se associem e, assim, passem a constituir uma única, acarretando o monopólio de produtos e ou de mercado.

Medicamento: Produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Medicamentos de dispensação em caráter excepcional: Medicamentos utilizados em doenças raras, geralmente de custo elevado, cuja dispensação atende a casos específicos.

Medicamentos de uso contínuo: São aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e ou degenerativas, utilizados continuamente.

Medicamentos essenciais: São os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população.

Medicamentos genéricos: São aqueles que, ao expirar a patente de marca de um produto, são comercializados sem nome de marca, de acordo com a denominação oficial (no Brasil, Denominações Comuns Brasileiras ou DCB).

Medicamentos de interesse em saúde pública: São aqueles utilizados no controle de doenças que, em determinada comunidade, têm magnitude, transcendência ou vulnerabilidade relevante e cuja estratégia básica de combate é o tratamento dos doentes.

Medicamentos para a atenção básica: Produtos necessários à prestação do elenco de ações e procedimentos compreendidos na atenção básica de saúde.

Medicamentos tarjados: São os medicamentos cujo uso requer a prescrição do médico ou dentista e que apresentam, em sua embalagem, tarja (vermelha ou preta) indicativa desta necessidade.

Medicamentos de venda livre: São aqueles cuja dispensação não requerem autorização, ou seja, receita expedida por profissional.

Módulo-padrão de suprimento: Elenco de medicamentos repassado por um nível de gestão a outro para abastecer os serviços de saúde compreendidos no sistema estadual ou municipal.

Morbimortalidade: Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população.

Perfil epidemiológico: Estado de saúde de uma determinada comunidade.

Perfil nosológico: Conjunto de doenças prevalentes e ou incidentes em uma determinada comunidade.

Piso da Atenção Básica (PAB): Montante de recursos financeiros, da esfera federal, destinado ao custeio de procedimentos e ações compreendidos na atenção básica.

Prescrição: Ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica.

Prescritores: Profissionais de saúde credenciados para definir o medicamento a ser usado (médico ou dentista).

Produtos psicotrópicos: Substâncias que afetam os processos mentais e podem produzir dependência.

Propaganda de produtos farmacêuticos: É a divulgação do medicamento promovida pela indústria, com ênfase na marca, e realizada junto aos prescritores, comércio farmacêutico e população leiga.

Protocolos de intervenção terapêutica: Roteiros de indicação e prescrição, graduados de acordo com as variações e a gravidade de cada afecção.

Registro de medicamentos: Ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde destinado a conceder o direito de fabricação do produto.

Uso racional de medicamentos: É o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

8. BIBLIOGRAFIA

Bonfim, J.R.A & Mercucci, V (Org.), 1997. A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec - Sobravime.

Cardoso, F.H., 1994. Mãos à Obra Brasil: proposta de governo. Brasília: s.ed.

Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS-Ecuador). 1990. El Sistema de Suministro en los Programas Sociales de Medicamentos. Quito: Gráfica Alborada.

Central de Medicamentos, 1987. Medicamentos essenciais: medidas para assegurar o abastecimento interno. Brasília: CEME.

Central de Medicamentos, 1987. Medicamentos essenciais - Os caminhos da autonomia. Documento - proposta. Brasília: CEME.

Central de Medicamentos, 1988. I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos. Relatório Final. Brasília: CEME.

Dukes, G. & Broun, D., 1994. Pharmaceutical Policies: Rationale and Design. Washington: World Bank (HRO Working Papers).

ENSP/FIOCRUZ, UNICEF, OPAS/OMS, Fenafar Sobravime, CONASS, CONASEMS, 1996. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Seminário Nacional sobre Política de Medicamentos, Assistência Farmacêutica: Acesso aos Medicamentos e Qualidade de Vida. Rumos e Perspectivas no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

Federal Republic of Nigeria, 1990. National Drug Policy for Nigeria. Lagos: Federal Ministry of Health.

Kaur, S.R.; Padman, P. & Balasubramanian, K.(Ed.), 1995. Proceedings of the Asia Pacific Seminar on Implementing National Drug Policies. Sidney: Consumers International.

Management Sciences for Health, 1995. Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach. Arlington: MSH.

Management Sciences for Health (MSH), 1997. Managing Drug Supply. Second Edition, Revised and Expanded. Connecticut: Kumarian Press.

Ministério da Saúde, 1997. Farmácia Básica: manual de normas e procedimentos. Brasília/MS.

Ministério da Saúde, 1997. Farmácia Básica. Programa 1997/98. Brasília: MS.

Ministério da Saúde, 1997. A saúde no Brasil. Brasília: MS.

Ministério da Saúde, 1997. 1997: O “ Ano da Saúde no Brasil” . Ações e metas prioritárias. Brasília: MS.

Organización Panamericana de la Salud, 1995. Formulación y puesta en práctica de una política nacional de medicamentos. Guía de formulación y puesta en marcha de un plan rector farmacéutico y un plan de acción prioritaria en el marco de una política nacional de medicamentos. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud, 1995. Medicamentos Esenciales en el nuevo contexto sócio-económico de America Latina y el Caribe - Principios y Estratégias. Washington: OPS.

Santich, I.R. & Galli, A., 1995. La asistencia farmaceutica en el Sistema Unico de Salud de Ceará: elementos para su transformación. Fortaleza: SES.

South Africa Department of Health, 1996. National Drug Policy for South Africa. Cape Town: Department of Health.

Wexman, S., 1990. El proceso de adquisición de medicamentos en el sector público. Bogotá: Trazo..

World Health Organization, 1998. Guidelines for developing National Drug Policies. Geneva: WHO.

World Health Organization, 1994. Indicators for monitoring national drug policies. Geneva: WHO.

World Health Organization, 1995. Report of the WHO Expert Committee on national Drug Policies. Contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies. Geneva: WHO.

World Health Organization, 1997. The use of Essential Drugs. Seventh Report of the WHO Expert Committee (including the revised Model List of Essential Drugs) Geneva: WHO.

1 1. PORTARIA GM/MS Nº 3.925, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1998 - Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, considerando as disposições da Lei nº 8.080, de 19.09.90, o Art. 5º da Lei nº 8.142, de 28.12.90, o Art. 1º do Decreto nº 1.232, de 30.08.94, e a Portaria GM/MS nº 2203, de 05.11.98, considerando a necessidade de estabelecer orientação aos gestores municipais do Sistema Único de Saúde quanto à organização do sistema municipal de saúde no que diz respeito às ações de atenção básica, e considerando a pactuação dos gestores das três esferas de governo, resolve:

Art. 1º. Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria.

Art. 2º. Os recursos do Piso da Atenção Básica - PAB repassados do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Municipais de Saúde deverão estar identificados nos orçamentos municipais como receita de transferências intergovernamentais provenientes da esfera federal, vinculada diretamente ao Fundo Municipal de Saúde.

Art. 3º. Os recursos referidos no artigo anterior poderão ser utilizados para cobertura de quaisquer categorias de despesas constantes dos Planos Municipais de Saúde e das Programações Anuais, aprovadas na Lei de Orçamento dos Municípios ou em Créditos Adicionais específicos, observada a legislação pertinente.

§ 1º. Os recursos mencionados destinam-se exclusivamente à execução de ações e serviços de atenção básica à saúde definidos no Manual para Organização da Atenção Básica.

§ 2º. Esses recursos não poderão ser utilizados como fonte substitutiva dos recursos próprios atualmente aplicados em saúde pelos Municípios.

Art. 4º. Definir os indicadores de acompanhamento da atenção básica para o ano de 1999, constantes do Anexo II desta Portaria.

Art. 5º. As prestações de contas dos recursos financeiros do Piso da Atenção Básica recebidos pelos municípios deverão ser aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde e apresentadas aos Tribunais de Contas Municipal ou Estadual.

Parágrafo único. Não haverá prejuízo das atividades de controle externo exercidas pelo Tribunal de Contas da União, e de controle interno, exercidas pela Secretaria Federal de Controle, do Ministério da Fazenda, e pelos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria.

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

ANEXO I - MANUAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SUMÁRIO

Apresentação

I. Introdução

II. O que é Atenção Básica à Saúde?

III. O Sistema Municipal de Saúde

Responsabilidades dos municípios habilitados conforme a NOB-SUS 01/96 no que se refere à Atenção Básica

1. responsabilidades na gestão da atenção básica
2. responsabilidades na atenção às pessoas
 - 2.1. ações de atenção básica dirigidas a toda população
 - 2.2. ações de atenção básica dirigidas a grupos específicos da população

IV. Estratégias para operacionalização

V. Gerência do PAB

1. Composição do piso da atenção básica
2. Repasse de Recursos financeiros
3. Aplicação dos Recursos financeiros
4. Processamento das informações e pagamento dos prestadores
5. Prestação de contas dos recursos financeiros
6. Contratação das unidades prestadoras de serviços
7. Cadastramento de unidades

APRESENTAÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde é uma tarefa compartilhada entre o governo federal, gestores estaduais e municipais, com a importante participação da sociedade, por intermédio dos Conselhos de Saúde. O empenho de todos deverá garantir o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços de saúde eficientes e de boa qualidade.

O SUS realizou até agora importantes avanços graças ao processo de descentralização, impulsionado durante este ano pela implantação do Piso da Atenção Básica - PAB. Esse piso

garante a cada município um montante mínimo de recursos, calculado em função de sua população. Tal sistemática, permite a transferência regular e automática de recursos federais para a atenção básica, diretamente do Ministério da Saúde para os Municípios, permitindo que o gestor municipal possa assumir as responsabilidades que lhe competem. A grande maioria dos municípios brasileiros já está recebendo recursos financeiros através dessa modalidade de transferência.

A prioridade dada à Atenção Básica representa um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência.

O Ministério da Saúde convida todas as pessoas comprometidas com a consolidação do SUS para um esforço conjunto, capaz de fazer com que os avanços já obtidos beneficiem a população, mediante serviços acessíveis, resolutivos e humanizados.

JOSÉ SERRA

I. INTRODUÇÃO

Este documento objetiva regular, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica à saúde, de acordo com o estabelecido na NOB-SUS 01/96. Foi elaborado com a contribuição dos diversos setores do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Ele contém:

- a conceituação da atenção básica;
- as responsabilidades dos municípios, enquanto gestores desse tipo de atenção;
- um elenco de ações, atividades, resultados e impactos esperados, que traduzem as responsabilidades aqui descritas; e
- orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compõem o PAB.

A dimensão das responsabilidades dos municípios com a Atenção Básica cresce, progressivamente, à medida em que eles adquirem condições e capacidade para ampliar suas atribuições e assumir a implementação de novas ações/atividades.

As responsabilidades nas áreas de zoonoses, endemias e medicamentos serão objeto de pactuação em normas complementares. Não deverão, neste momento, ser atribuídas como responsabilidades aos municípios habilitados, uma vez que o repasse de recurso Fundo-a-Fundo referente à execução dessas atividades ainda não foi regulamentado.

O Piso de Atenção Básica - PAB deve ser entendido enquanto um valor per capita repassado pelo governo federal aos municípios, que somado às transferências estaduais e aos recursos próprios do município, deverá financiar a Atenção Básica à saúde, de acordo com os conceitos descritos neste Manual, mediante a garantia de um mínimo, de ações e

procedimentos contidos na Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997.

Este Manual visa contribuir no processo de organização e desenvolvimento da Atenção Básica e, simultaneamente, apontar um eixo orientador que, reafirmando os princípios e diretrizes do SUS, possa auxiliar na reorientação do modelo de atenção e na busca da integralidade das ações.

II. O QUE É A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE?

ATENÇÃO BÁSICA é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso da Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

A organização da Atenção Básica, com base na Lei nº 8080, tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos:

Saúde como direito - a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Integralidade da assistência - entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Universalidade - acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Eqüidade - igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

Resolutividade - eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adstrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.

Intersetorialidade - desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

Humanização do atendimento - responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

Participação - democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, na gestão do sistema.

III. O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas para viabilização do novo sistema. Destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8142/90), o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996.

A Norma Operacional Básica - NOB/SUS 01/96, cuja elaboração é fruto de um amplo processo democrático que possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade - em especial dos gestores das três esferas de governo e do Conselho Nacional de Saúde, é decorrente da experiência obtida com a aplicação da NOB/93, que possibilitou o fortalecimento do SUS ao impulsionar significativamente o processo de descentralização no país.

Como instrumento de regulação do SUS, essa NOB, além de incluir orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá conseqüência prática aos princípios e às diretrizes do Sistema, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção no Brasil.

Desta forma, de acordo com a NOB/SUS 01/96, a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo os sistemas municipais de saúde - voltados ao atendimento integral de sua própria população e inseridos de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional. Estabelece, ainda, que as ações desse sistema municipal "têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o

acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e meios para o atendimento integral” e que “a criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território”.

Referindo-se ao processo de gestão, a NOB/SUS 01/96 define que “a realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão”.

A NOB refere-se, ainda, às bases para o redirecionamento do modelo de atenção, que deve ser “transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários - as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais”. O novo modelo requer, portanto, de um lado, “a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde”.

Assim, os esforços para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios - universalização, equidade, integralidade, intersectorialidade e participação social - que norteiam o Sistema Único de Saúde.

Responsabilidades dos municípios habilitados conforme a NOB/SUS 01/96 no que se refere à Atenção Básica

A Constituição Federal atribui aos prefeitos municipais responsabilidades sobre ações e serviços de atenção à saúde, reconhecendo que a proximidade com a população permite-lhes identificar as reais necessidades de saúde da população.

A NOB/96 reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na organização do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município).

A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde insere-se o conjunto de ações que caracterizam a ATENÇÃO BÁSICA.

Essa responsabilidade pressupõe mudanças na forma de realização do trabalho das equipes de saúde, com a criação de vínculos entre a população e os serviços, na ampliação da atenção sobre as necessidades de saúde de populações específicas e na busca de alternativas mais adequadas às diferentes realidades.

Com o objetivo de melhor definir as responsabilidades com a atenção básica e permitir o acompanhamento da descentralização trazida pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96, está apresentado neste documento um detalhamento das atribuições e ações que gradativamente deverão ser realizadas pelos municípios.

É importante ressaltar que essa divisão é apenas didática e que não deve ter caráter restritivo ou normativo quanto à sua operacionalização por parte dos municípios. Para facilitar a compreensão, as responsabilidades encontram-se definidas em dois blocos - gestão do Sistema Municipal e atenção às pessoas - representados nos quadros a seguir:

1. Responsabilidades na gestão da atenção básica

Na primeira coluna deste quadro, estão descritas as responsabilidades dos municípios habilitados pela NOB/96 na gestão da atenção básica. Essas responsabilidades são operacionalizadas mediante ações que estão apresentadas na segunda coluna do mesmo quadro. Na terceira coluna são registrados alguns instrumentos que poderão contribuir na construção de indicadores para a avaliação da gestão da atenção básica.

Respon- sabili- dades

1. Desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e de gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra-referência de pacientes.

ações

- Conhecer como se distribui a população em seu território e as causas mais freqüentes de adoecimento e morte de seus municípios.
- Realizar o cadastramento de todas as unidades públicas e privadas ambulatoriais sob gestão do município.
- Cadastrar estabelecimentos sujeitos à fiscalização da vigilância permanente.
- Elaborar o Plano Municipal de Saúde para o Quadriênio 1999/2002, com atualização permanente.
- Estabelecer referência e contra-referência de pacientes para os serviços de maior complexidade.
- Desenvolver rotinas, fluxos e instrumentos de garantia de acesso da população a outros níveis de atenção.
- Elaborar a Programação Anual do município e participar da elaboração da PPI estadual.
- Elaborar o relatório anual de gestão.
- Avaliar permanentemente o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde de seus municípios e sobre seu meio ambiente.

instrumento de gestão

- SIH/SUS
- SIM
- Cadastro do SIA/SUS
- Cadastro de estabelecimentos.
- Plano Municipal de Saúde.
- Programação Anual do Município aprovada no Conselho Municipal de Saúde
- Relatório de gestão aprovado no CMS
- Indicadores de acompanhamento definidos
- SIH/SUS
- SIM
- Cadastro do SIA/SUS
- Cadastro de estabelecimentos.
- Plano Municipal de Saúde.
- Programação Anual do Município aprovada no Conselho Municipal de Saúde
- Relatório de gestão aprovado no CMS
- Indicadores de acompanhamento definidos

Respon- sabili- dades

2. Coordenação e Operacionalização do Sistema Municipal de Saúde.

ações

- Coordenar as unidades básicas próprias e cedidas pelo Estado e pela União.
- Estabelecer mecanismos de gestão das unidades estatais, conveniadas e contratadas, que se encontram sob responsabilidade municipal.
- Adscriver a clientela às unidades básicas, mediante o cadastramento da população.
- Implantar o Cartão SUS em parceria com as outras esferas de governo.
- Gerenciar as unidades próprias e cedidas, no que diz respeito ao planejamento, execução, controle e avaliação, provendo as mesmas de recursos humanos e materiais.
- Alimentar mensalmente os seguintes Sistemas Nacionais de Informações: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade, SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, SINAN - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SAI - Sistema de Informações Ambulatoriais e SIH - Sistema de Informações Hospitalares.
- Alimentar mensalmente o Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB em municípios que estejam integrados à estratégia de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde.
- Alimentar mensalmente o SIA/SUS, quanto aos procedimentos cobertos pelo PAB.
- Manter atualizado o Cadastro Ambulatorial da rede sob gestão municipal - Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA.
- Manter cadastro de estabelecimentos passíveis de ações de fiscalização de vigilância sanitária.
- Operacionalizar o Fundo Municipal de Saúde.
- Cadastro de estabelecimentos
- Instrumentos contábeis do Fundo Municipal de Saúde

instrumento de gestão

- SIA/SUS
- Mapas das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Cartão SUS
- Normas e rotinas técnicas e administrativas e instrumentos de acompanhamento
- SIM, SINASC, SINAN, SISVAN, SIA/SUS e SIH/SUS
- SIAB/SUS
- SIA/SUS
- SIA/SUS
- Cadastro de estabelecimentos
- Instrumentos contábeis do Fundo Municipal de Saúde

Respon- sabili- dades

ações

instrumento de gestão

3. Desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação da atenção básica.

- Elaborar rotinas, normas e fluxos de controle e avaliação.
- Contratar, controlar, auditar e pagar os prestadores de serviços que realizam procedimentos do PAB contidos na tabela do SIA/SUS.
- Utilizar indicadores para avaliação.

- Rotinas e normas do controle e avaliação
- Contratos de prestação de serviços assistenciais
- Indicadores definidos

4. Desenvolvimento das ações básicas de vigilância sanitária.

- Organizar o serviço de vigilância sanitária.
- Promover planejamento de ações de inspeção preventiva.

- Legislação municipal para funcionamento da vigilância sanitária
- Plano de Ação da Vigilância Sanitária

5. Administração e desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção Básica.

- Capacitar as equipes para o desenvolvimento das ações de atenção básica.
- Manter atividades de educação continuada.
- Promover a participação das equipes no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades de saúde nas UBS e no sistema municipal.
- Recrutar, selecionar, contratar e administrar os recursos humanos sob sua gestão.

- Plano de treinamento e capacitação de recursos humanos para a Atenção Básica
- Processo de seleção, contratação e remuneração dos profissionais definidos

6. Fortalecimento do controle social no município.

- Implantar e implementar o CMS, garantindo condições para o seu funcionamento
- Promover a participação do CMS no processo de planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações dos serviços de saúde.

- Resoluções do CMS
- Conferências Municipais de Saúde
- Atas do CMS

2. Responsabilidades na atenção às pessoas

Este bloco refere-se às responsabilidades assumidas pelos municípios habilitados na NOB/96 na gestão plena da atenção básica e na gestão plena do sistema. É apresentado em dois quadros, o primeiro refere-se às ações de atenção básica que são dirigidas a toda população e o segundo refere-se as ações de atenção básica voltadas a grupos específicos da população.

2.1. Ações de atenção básica dirigidas a toda população

Na primeira coluna deste quadro, estão descritas responsabilidades com relação à atenção básica, cujas ações são apresentadas na segunda coluna. Na terceira coluna estão apresentados alguns objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios, com o desenvolvimento dessas ações.

Respon- sabili- dades

1. Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis.

ações

- Intervenção sobre o ambiente no sentido de evitar o acúmulo de lixo, de águas servidas e de depósito de água destampado.
- Controle de populações animais (insetos, ratos e outros roedores, cachorros, etc.) que se caracterizam como vetores ou reservatórios de doenças que acometem o homem.
- Identificação dos grupos de risco que deverão ser acompanhados diferenciadamente, utilizando o cadastramento da população e outros instrumentos necessários.

instrumento de gestão

- Redução das taxas da morbimortalidade.
- Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.

2. Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão.

- Diagnóstico clínico e coleta de material para exames, bem como seu envio a laboratórios de referência.
- Identificação e investigação de comunicantes, com encaminhamento para tratamento de novos casos suspeitos encontrados.
- Execução de bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for o caso.
- Identificação de fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado e coleta de material para envio a laboratórios.

- Controle das doenças de notificação compulsória.

3. Desenvolvimento de ações de controle da qualidade de produtos e serviços, em especial a de alimentos e serviços de saúde.

- Inspeção sanitária em estabelecimentos que lidam com a produção e/ou comercialização de bens e de prestação de serviço de interesse da saúde.
- Coleta de amostras de água para diálise e de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária.

- Melhoria dos serviços prestados e produtos oferecidos pelos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
- Diminuição dos erros e falhas na prestação dos serviços e na qualidade dos produtos, pelos estabelecimentos.
- Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.

4. Desenvolvimento de ações de controle da Qualidade da água para consumo.

- Coleta de amostra da água para consumo humano.
- Parceria com outros órgãos de governo para interferir nos fatores que comprometem a Qualidade da água.
- Atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas.

- Melhoria da qualidade da água, reduzindo os riscos da utilização da água imprópria para uso.
- Ampliação do acesso às ações e serviços de saúde.

5. Atendimento às pequenas urgências médicas

2.2. Ações de atenção básica dirigidas a grupos específicos da população

Na primeira coluna deste quadro, estão relacionadas as ações dirigidas a grupos específicos da população, na gestão da atenção básica. Na coluna seguinte, está descrito o impacto esperado com o desenvolvimento dessas ações. Na terceira coluna, são apresentados indicadores que poderão ser utilizados, pelos estados e municípios no acompanhamento das ações desenvolvidas. A utilização de alguns depende de dados dos sistemas de informações municipais ou estaduais, que não estão, ainda, disponibilizados nos atuais sistemas nacionais. A última coluna contém as fórmulas para cálculo de cada indicador.

ações	impacto esperado	indicadores	cálculo
<p>1. Incentivo ao aleitamento materno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da desnutrição e das doenças infecciosas. • Redução das internações hospitalares no primeiro ano de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de crianças menores de 4 meses, com aleitamento materno exclusivo. • Percentual de internações hospitalares de crianças menores de 1 ano, residentes no município. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo/população menor de 4 meses x 100. • Número de internações de crianças menores de 1 ano, residentes no município/número total de crianças menores de 1 ano x 100.
<p>2. Combate às doenças preveníveis por imunização, incluindo a vacinação anti-pneumocócica e influenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano. PNI • Definição de indicadores conforme a realidade epidemiológica de cada região, como por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> • número de hospitalizações por tétano neonatal, por local de residência; • número de hospitalizações por difteria, por local de residência; • incidência de casos de sarampo confirmados; • número de hospitalizações por coqueluche, por local de residência. • número de hospitalizações por tétano acidental, por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de crianças menores de 1 ano vacinadas com número total de doses preconizadas/população de crianças menores de 1 ano x 100. • Número de casos confirmados de sarampo no município/população residente no município x 1.000.

ações	impacto esperado	indicadores	cálculo
<p>3. Combate às carências nutricionais, prioritariamente na faixa etária da 0 a 5 anos e maior de 60 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redução dos índices de desnutrição global e de desnutrição por micronutrientes, especialmente Ferro e Vit. A. • Redução da morbimortalidade por doenças associadas à desnutrição, obesidade e desnutrição por micronutrientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência. • Prevalência de desnutrição em maiores de 60 anos, por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de crianças com peso inferior ao percentil 10 e ao percentil 3 da curva de crescimento do Cartão da Criança/população de 0 a 5 anos x 100. • Número de hospitalizações de crianças residentes menores de 5 anos/população menor de 5 anos residente no município x 10.000. • Número de hospitalizações de adultos residentes com mais de 60 anos/população residente da mesma faixa etária x 10.000.
<p>4. Controle das infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa etária da 0 a 4 anos e maior de 60 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da morbimortalidade por doenças respiratórias agudas 	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de hospitalização por IRA de crianças menores de 5 anos, por local de residência. • Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos (com mais de 60 anos), por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de internações de crianças menores de 5 anos por IRA/população de menores de 5 anos x 100. • Número de internações de pessoas maiores de 60 anos por doenças respiratórias aguda/população de maiores de 60 anos x 100.
<p>5. Controle de doenças diarreicas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da morbimortalidade por doenças infecciosas intestinais. • Redução da desnutrição infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de óbito de menores de 1 ano por diarreia. • Percentual de internação de crianças menores de 5 anos, por desidratação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de óbitos de menores de 1 ano por diarreia/total de óbitos de menores de 1 ano x 100. • Número de internações por desidratação de crianças menores de 5 anos, residente no município/população da mesma faixa etária, residentes no município x 100.

ações

impacto esperado

indicadores

cálculo

6. Controle do crescimento e desenvolvimento, prioritariamente na faixa etária da 0 a 14 anos

- Promoção da saúde infantil e participação das famílias nos cuidados com as crianças.
- Redução de distúrbios relativos ao crescimento e desenvolvimento.

• Prevalência da desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência.

• Número de casos de crianças com peso inferior ao percentil 10 e ao percentil 3 da curva de crescimento do Cartão da Criança/população de 0 a 5 anos x 100.

7. Higiene bucal supervisionada, na população de 0 a 4 anos.
- Higiene bucal supervisionada, com evidencição de placa bacteriana e bochechos fluorados, prioritariamente na população de 5 a 14 anos.
- Procedimentos cirúrgicos e restauradores, prioritariamente na população de 5 a 14 anos.

- Redução da incidência da cárie dental e da doença periodontal, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde em relação a cada faixa etária populacional.

• Cobertura dos procedimentos odontológicos preventivos na população de 0 a 14 anos.

• Procedimentos Coletivos - número de crianças de 0 a 4 anos atendidas/população total de crianças de 0 a 4 anos x 100.

• Procedimentos Individuais - número de crianças de 0 a 4/população total de crianças de 0 a 4 anos x 100.

• Procedimentos Coletivos - número de crianças de 5 a 14 anos atendidas/população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.

• Procedimentos Individuais - número de primeiras consultas em crianças de 5 a 14/população total de crianças de 5 a 14 anos x 100.

8. Controle do pré-natal e puerpério.

- Diminuição da morbimortalidade na gravidez, parto e puerpério.
- Diminuição da morbimortalidade materna.
- Diminuição da morbimortalidade infantil.
- Redução da prevalência de baixo peso ao nascer.

• Percentual de recém-nascido com peso menor que 2500g.
• Coeficiente de óbito de mulheres de 10 a 49 anos.
• Cobertura de consultas de pré-natal e puerpério de residentes no município.

• Número de consultas de pré-natal e de puerpério/número de partos no mesmo período.

• Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos/total de óbitos x 100.

• Número de recém-nascidos com peso menor que 2500g/número nascidos vivos pesados x 100.

ações	impacto esperado	indicadores	cálculo
9. Controle do câncer cérvico-uterino e de mama.	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mama em mulheres de 15 a 59 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de coleta de exames de Papanicolau realizada em mulheres (15 a 59 anos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de coletas de exames de Papanicolau realizadas em mulheres entre 15 e 59 anos/população de mulheres entre 15 e 59 anos x 10.000.
10. Planejamento familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da incidência de gravidez indesejada e de risco nas adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de hospitalização por parto e aborto na adolescência (10 a 19 anos), por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de internações de mulheres de 10 a 19 anos, por aborto (curetagem) e parto/população feminina de 10 a 19 anos x 100.
11. Assistência básica aos acidentados e portadores de doenças do trabalho e notificação dos agravos e riscos relacionados ao trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da morbimortalidade por acidentes e doenças do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de mortalidade por agravos externos. • Coeficiente de internações por acidente de trabalho e doenças do trabalho. • Número de óbitos por acidente de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de internações por acidentes e doenças do trabalho/população economicamente ativa.
12. Controle e tratamento dos casos de hanseníase e tuberculose.	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da morbimortalidade por tuberculose e hanseníase. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de cura dos pacientes de hanseníase, por local de residência. • Percentual de abandono no tratamento de tuberculose, por local de residência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de faltosos do programa de hanseníase/número de pessoas cadastradas no programa x 100. • Número faltosos do Programa de Tuberculose/número de pessoas cadastradas no Programa x 100.

ações	impacto esperado	indicadores	cálculo
13. Controle e tratamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> Redução da morbimortalidade por hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e suas complicações. 	<ul style="list-style-type: none"> Coeficiente de hospitalização por crise acidente vascular cerebral e infarto, por local de procedência. Coeficiente de hospitalização por complicações de diabetes mellitus, por local de procedência. 	<ul style="list-style-type: none"> Número de internações por acidente vascular cerebral e infarto, na população residente/total população residente no município x 10.000. Número de internações por diabetes mellitus da população residente/total da população residente x 10.000.
14. Ações de controle de obesidade.	<ul style="list-style-type: none"> Redução da morbimortalidade associada à obesidade. 	<p>_____</p> <p>*</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>*</p> <p>_____</p>
15. Prevenção de acidentes por quedas, prioritariamente na população maior de 60 anos.	<ul style="list-style-type: none"> Redução da morbimortalidade por fraturas. 	<ul style="list-style-type: none"> Coeficiente de fraturas de colo de fêmur em maiores de 60 anos. <p>_____</p>	<ul style="list-style-type: none"> Número de casos de fraturas de colo de fêmur em maiores de 60 anos residentes/população maior de 60 anos, residente x 10.000. <p>_____</p>
16. Incentivo aos grupos de auto-ajuda, prioritariamente na população maior de 60 anos.	<ul style="list-style-type: none"> Redução das internações por depressão. 	<ul style="list-style-type: none"> Coeficiente de internação por depressão em faixa etária maior de 60 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> Número total de internações por todos os tipos de depressão/população de maiores de 60 anos x 1.000.

* NOTA DO CONASS: campos em branco na versão original publicada pelo D.O.U.

IV. ESTRATÉGIAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO

Para a organização e desenvolvimento da atenção básica devem ser seguidas as diretrizes do SUS, com implantação de estratégias que reorientem o modelo de atenção à saúde e sejam adequadas às realidades locais e municipais.

Entre as várias existentes, a estratégia de Saúde da Família tem demonstrado seu potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, o que faz com que sua disseminação seja considerada prioridade para o Ministério da Saúde.

A estratégia de Saúde da Família, iniciada com a incorporação de agentes comunitários de saúde às unidades básicas de saúde, contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde. As Unidades Básicas de Saúde, reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram ou trabalham no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

A reorganização da atenção básica deve contribuir, ainda, para a reorganização dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência, com a implantação de um novo modelo de atenção.

Instrumentos que contribuem para a reorganização gerencial e operacional da atenção básica

1. Cadastramento e Implantação do Cartão SUS

O cadastro permite a identificação de indivíduos ou famílias, o conhecimento das condições de moradia, de saneamento e condições ambientais das áreas onde as pessoas residem, assim como outras informações de interesse do município. Para possibilitar essa amplitude de informações, recomenda-se a realização do cadastramento domiciliar de forma ativa, ou seja, através de visitas a cada domicílio.

Por meio do cadastro, pode-se iniciar o vínculo do sistema de saúde e seus profissionais com a comunidade, tanto no sentido do conhecimento mútuo entre as pessoas, como no sentido da informação à população sobre a oferta de serviços. É o início do estabelecimento da relação de compromisso e de responsabilização entre serviços e população.

O cadastro deve ser atualizado periodicamente para que possa se constituir em um instrumento eficaz de identificação das situações e/ou problemas que exijam atenção especial dos serviços de saúde, permitindo que o município eleja prioridades e obtenha melhores resultados com os recursos aplicados.

O CARTÃO SUS MUNICIPAL foi instituído pela NOB/96 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.094, em 26 de fevereiro de 1998. Encontra-se em fase de implantação, com o objetivo contribuir para a organização dos serviços de saúde nos municípios, estados e no âmbito nacional.

Os cartões SUS, que serão emitidos pelas secretarias municipais de saúde para seus usuários, deverão ser viabilizados a partir do cadastramento de sua população.

Nos municípios onde o cadastramento de indivíduos ou famílias já vem sendo realizado, o cartão SUS potencializa sua função porque, além da identificação das pessoas e da contribuição para a criação de vínculo de responsabilização entre os serviços de saúde e o cidadão, o cartão:

- auxilia nos mecanismos de referência e contra-referência intra e intermunicipal de pacientes;
- facilita o acompanhamento e atualização permanente da Programação Pactuada e Integrada - PPI;
- facilita a compensação financeira intermunicipal e interestadual;
- contribui para a uniformização e compatibilização dos dados, de forma a consolidar os sistemas de informação em saúde nos municípios, estados e união;
- identifica pacientes cobertos por planos e seguros privados de saúde atendidos pelo SUS;
- permite identificar a cobertura real dos serviços;
- permite a agilização do encaminhamento para exames, consultas, etc.

Nos municípios onde a prática do cadastramento de indivíduos ou famílias não é adotada, a implantação do Cartão SUS deve provocar essa atividade, o que deverá ser realizado a partir de cadastramentos municipais, cuja operacionalização será definida pelo próprio município.

Os cartões devem conter uma relação mínima de informações e um padrão básico, que serão obrigatórios em âmbito nacional, podendo o município acrescentar outras informações de seu interesse.

O DATASUS fornecerá o aplicativo para o cadastro municipal e componentes que podem ser usados no desenvolvimento de “software” para o cadastramento. Esse aplicativo tem como alvo os municípios que não têm recursos para desenvolver um programa personalizado ou que entenderem que os dados básicos do formulário e as funções do aplicativo atendem às suas necessidades de informação do cadastro nacional.

Os dados enviados pelo município formarão um CADASTRO NACIONAL DE USUÁRIOS (baseado no número do PIS), que concentrará informação do registro de todos os cartões SUS emitidos e válidos, no país. O Cadastro Nacional, portanto, será capaz de fornecer aos cadastros municipais a identificação de pacientes oriundos de outros municípios, bem como de possibilitar o controle para que uma pessoa não possua mais de um cartão SUS válido, no mesmo município.

O êxito da implantação do Cartão SUS está ligado à utilidade que ele representará para os diferentes segmentos do sistema de saúde.

Para os gestores, significará uma importante contribuição no ordenamento do sistema, influenciando tanto nos processos de auditoria, na vigilância epidemiológica, como se constituindo num instrumento eficaz de análise para tomada de decisão.

No âmbito das equipes locais, contribuirá no processo de gerenciamento das unidades de saúde e na simplificação de procedimentos burocráticos administrativos, através da rápida identificação dos usuários mediante leitura magnética do cartão individual, da emissão automática de etiquetas identificadoras para os documentos de uso interno, para a solicitação de exames, controle de resultados, entre outros usos.

Para os usuários, a importância do cartão estará representada na identificação da unidade de saúde de sua referência e na agilidade dos processos administrativos durante o atendimento nos serviços de saúde, uma vez que passa a existir um código de identificação único para todos os serviços de saúde, em qualquer lugar do país.

Um aspecto de fundamental importância na implantação do Cartão SUS é a possibilidade futura de possuir, em meio magnético, as informações relativas aos atendimentos e serviços prestados a cada indivíduo.

2. Adscrição da clientela

Uma unidade básica de saúde deve ser responsável por um número compatível de pessoas que residam na área próxima, de forma que seja possível desenvolver a atenção integral a todos os indivíduos e que o acesso ao serviço seja facilitado.

Portanto, as unidades de saúde devem trabalhar com definição de área de abrangência e de população sob sua responsabilidade, que será cadastrada e vinculada à unidade.

3. Referência para a assistência de média e alta complexidade

A rede de atenção básica pode resolver em torno de 85% das demandas de saúde de uma comunidade. No entanto, para que ela seja efetiva é preciso garantir o acesso da população aos serviços de maior complexidade.

A organização da referência dos pacientes faz parte da organização de um sistema municipal de saúde e requer normas, rotinas e fluxos definidos e pactuados entre os gestores.

4. Acompanhamento e Avaliação

A incorporação de mecanismos que permitam acompanhar permanentemente as ações e atividades dos serviços de saúde e avaliar o seu impacto sobre as condições de saúde da população deve ser assumida como responsabilidade e atribuição de todas as instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde.

A estruturação desses mecanismos deve utilizar, como ponto de referência, os sistemas de informação existentes: SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais; SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares; SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade; SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação; SISVAN - Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional, incluindo-se o SIAB - Sistema de Informações na Atenção Básica, nas áreas onde as estratégias de agentes comunitários ou saúde da família foram adotadas. Outros instrumentos desenvolvidos em âmbito estadual ou municipal deverão, também, ser utilizados.

O incentivo e indução à realização de pesquisas aplicadas são outros elementos que podem contribuir no processo da avaliação.

Este documento propõe, como instrumento para acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos através da implementação das ações relativas à Atenção Básica, um conjunto de indicadores.

Os indicadores aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT para acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96, para o ano de 1999, estão publicados no Anexo II da Portaria que aprova este manual.

Anualmente, a seleção de indicadores para acompanhamento da atenção básica, nos municípios habilitados conforme a NOB/SUS 01/96, será pactuada e aprovada na CIT e publicada pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União.

V. GERÊNCIA DO PAB

1. Composição do Piso da Atenção Básica - PAB

O Piso da Atenção Básica - PAB é um valor per capita, que somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios deverá financiar a atenção básica à saúde, dentro dos conceitos acima descritos, mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria GM/MS n.º 1882, de 18/12/97.

O PAB é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações estratégicas da própria atenção básica.

A parte variável do PAB implantada em 1998 destina-se a incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais.

O incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária consiste no montante de recursos financeiros destinado ao incremento de ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como às atividades de educação em vigilância sanitária.

O incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família consiste no montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, com o propósito de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde.

O incentivo ao Programa de Combate às Carências Nutricionais consiste no montante de recursos financeiros destinado ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação voltadas a grupos populacionais determinados, com prioridade ao grupo materno infantil, visando combater a desnutrição e proteger o estado nutricional mediante:

I - orientação alimentar e nutricional;

II - aquisição de alimentos, complementos vitamínicos e minerais; e

III - monitoramento das condições nutricionais.

2. Repasse dos recursos financeiros e movimentação das contas bancárias

O repasse dos recursos financeiros aos municípios habilitados é efetuado pelo Banco do Brasil, na mesma agência onde o município recebe os recursos do Fundo de Participação dos

Municípios - FPM. O Banco do Brasil é a única instituição financeira para efetivação dos repasses desses recursos.

Os municípios habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica recebem os recursos do PAB em conta específica aberta automaticamente para essa finalidade, denominada: “FMS - nome do município - PAB”.

Aos municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal são efetuados repasses em duas contas abertas automaticamente pelo Banco do Brasil: os recursos do PAB são depositados em conta específica aberta para essa finalidade denominada: “FMS - nome do município - PAB”; e os outros recursos destinados à média e alta complexidade ambulatorial/MAC e a internações hospitalares/AIH são depositados na outra conta denominada: “FMS - nome do município - MAC + AIH”, com o objetivo de facilitar o processo de controle e acompanhamento dos Conselhos de Saúde no âmbito dos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Os municípios têm autonomia para transferir os recursos financeiros recebidos nas contas específicas e realizar a sua movimentação em outra conta do Fundo Municipal de Saúde.

Em caso de inexistência de agência do Banco do Brasil no próprio município, a prefeitura municipal poderá transferir os recursos da agência do Banco do Brasil onde são depositados para outra instituição financeira existente em seu próprio território.

Os recursos financeiros da parte variável do PAB serão creditados na mesma conta dos recursos da parte fixa do PAB, denominada: “FMS - nome do município - PAB”.

A Lei nº 8.142/90 estabelece que para receberem os recursos para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, seus gestores deverão contar com “contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento”. O total dessa contrapartida de recursos financeiros dos orçamentos municipais e estaduais para a área da saúde deverá ser depositado nos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde, de sorte que o Balanço Anual de cada Fundo possa refletir toda a aplicação em saúde, da respectiva esfera de governo.

Conforme a Portaria GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998, o Banco do Brasil enviará aviso de crédito das transferências Fundo-a-Fundo ao Secretário de Saúde, Fundo de Saúde, Conselho de Saúde e Poder Legislativo dos respectivos níveis de governo.

3. Aplicação dos recursos financeiros - como utilizar os recursos do PAB

Os recursos transferidos da União para Estados, Municípios e Distrito Federal, como também os provenientes de faturamento de serviços produzidos pelas Unidades Assistenciais Públicas, deverão ser identificados nos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde como receita operacional proveniente da esfera federal e utilizados na execução de ações de saúde previstas nos respectivos Planos de Saúde.

Os recursos financeiros do PAB poderão ser utilizados em todas as despesas de custeio e capital relacionadas entre as responsabilidades definidas para a gestão da atenção básica e coerentes com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde, que é a base das atividades e programações desse nível de direção do SUS, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações nele não previstas e de acordo com as seguintes orientações:

I. Todas as despesas de custeio da Atenção Básica podem ser realizadas com recursos do PAB, excluindo:

- pagamento de servidores inativos;
- pagamento de gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às unidades de atenção básica;
- pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidor público, quando pertencente ao quadro permanente dos municípios;
- transferência de recursos na forma de contribuições, auxílios ou subvenções a instituições privadas, inclusive as filantrópicas.

II. Todas as despesas de capital relacionadas à rede básica podem ser realizadas com recursos do PAB, excluindo:

- a aquisição e reforma de imóveis não destinados à prestação direta de serviços de saúde à população;
- a aquisição de equipamentos e materiais permanentes, incluindo veículos de qualquer natureza, não destinados à realização das ações de atenção básica.

III. As despesas decorrentes de ações de saúde de média e alta complexidade e de assistência hospitalar não devem ser realizadas com recursos do PAB.

IV. As ações de saneamento, que venham ser executadas supletivamente pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros, da União, Estados, Distrito Federal e municípios, conforme o parágrafo 3º, do Artigo 31, da Lei nº 8.080/90.

V. Os recursos do PAB não devem substituir as fontes de recursos próprios do orçamento do município.

4. Processamento das informações e pagamento aos prestadores

Os municípios deverão remeter em disquete o processamento do PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. Essa, por sua vez, enviará as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Municípios que efetuarem pagamento por meio eletrônico: as informações de pagamento aos prestadores da Assistência Básica devem ser enviadas em disquetes à agência do Banco do Brasil onde foi depositado o recurso, logo após o repasse efetuado pelo Ministério da Saúde. O Banco do Brasil está oferecendo, para os municípios interessados, serviço de pagamento automático aos prestadores.

Os municípios que não realizarem o pagamento por meio eletrônico deverão utilizar os procedimentos administrativos e contábeis legais, de acordo com a sua realidade (relação bancária, cheque nominal aos prestadores, entre outros).

5. Prestação de contas dos recursos financeiros

De acordo com o Art. 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1232/94, que trata das transferências Fundo-a-Fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

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

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada mediante a apresentação de extratos bancários e de sua respectiva conciliação bancária, seja na Prestação de Contas ou quando solicitada pelos órgãos de controle.

É importante salientar que o Art. 6º, da Portaria GM/MS nº 1.882, de 18/12/97, estabelece que a transferência dos recursos do PAB será suspensa caso os municípios, por dois meses consecutivos, deixem de fornecer à Secretaria de Estado da Saúde, para que estas enviem ao Ministério da Saúde, as informações dos bancos de dados nacionais, a seguir:

- I - Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM;
- II - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
- III - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- IV - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN;
- V - outros que venham a ser implantados.

O mesmo se aplica à falta de alimentação dos dados relativos ao Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS.

A Portaria GM/MS nº 157, de 19 de fevereiro de 1998, no seu Art. 12 estabelece que a transferência dos recursos relativos aos incentivos PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde e PSF - Programa de Saúde da Família será suspensa caso os municípios, por um período de dois meses consecutivos ou três meses alternados, deixem de alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Os municípios que venham a implantar esses programas terão três meses, após a sua qualificação, para cumprir essa exigência.

6. Contratação das unidades prestadoras de serviços

Toda unidade de saúde privada - filantrópica ou lucrativa - que prestar serviços ao SUS, de forma complementar, necessita de um contrato em vigência. O estabelecimento desse contrato deve ser precedido de processo licitatório, de acordo com a Lei nº 8.666/93, a Instrução Normativa da Secretaria do Tesouro Nacional e a Portaria GAB/MS nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, que dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias aos contratos de prestação de serviços celebrados entre estado, Distrito Federal, município e pessoas físicas e jurídicas, complementarmente ao Sistema Único de Saúde. A contratação precede o cadastramento dessas unidades.

As unidades públicas não necessitam de contratos. Quando um gestor municipal não tiver condições de oferecer, em seu município, todas as ações e serviços previstos no PAB, poderá comprar serviços em municípios vizinhos, mediante celebração de termo de compromisso entre gestores.

Quando houver no município uma unidade pública que realize procedimentos de atenção básica e que esteja sob a gerência de outra esfera de governo, deverá ser feito um convênio entre o município e aquele gestor.

Uma unidade privada - filantrópica ou lucrativa - localizada em um município habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica e que preste serviços básicos e especializados (média e alta

complexidade) deverá firmar um contrato com o município para prestação dos serviços básicos (quem paga é o município) e um segundo contrato com o gestor estadual, que é quem contrata e paga os serviços especializados.

Os municípios habilitados deverão avaliar os contratos celebrados entre o gestor estadual e os prestadores de serviços localizados no seu território e verificar a necessidade de manter ou alterar os serviços prestados na Assistência Básica.

7. Cadastramento das unidades prestadoras de serviços

O cadastramento é o ato de inclusão de uma unidade de saúde no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS. É precedido do Alvará Sanitário, emitido pós-vistoria e em conformidade com ela. Sem o cadastro não é possível o processamento de sua produção. As unidades públicas são cadastradas de imediato, enquanto as unidades privadas, filantrópicas ou lucrativas necessitam assinar um convênio ou contrato, respectivamente, com o gestor, para a prestação dos serviços.

Para o cadastramento de uma unidade nova, seja pelo gestor estadual ou municipal, é necessário que a SES estabeleça para ela um “Código de Unidade”, visto que esses códigos são de abrangência estadual.

Uma Unidade Prestadora de Serviço pública, filantrópica ou lucrativa, localizada em um município habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica e que execute serviços básicos e especializados, terá dois cadastros idênticos: um deles junto ao gestor municipal, que processará e pagará os serviços básicos, e o outro junto ao gestor estadual, que processará e pagará os serviços especializados.

A alteração/manutenção do cadastro das unidades que prestam serviços básicos de saúde, localizadas em municípios habilitados nos termos da NOB/SUS 01/96, deverá ser realizada pelo gestor municipal, não dependendo da aprovação da Secretaria Estadual de Saúde. É, entretanto, necessário comunicar à Secretaria Estadual de Saúde as alterações e/ou inclusões de unidades no sistema, para que o estado mantenha o seu cadastro atualizado.

ANEXO II - INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS HABILITADOS CONFORME A NOB/SUS 01/96

Os indicadores selecionados e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite para o acompanhamento da atenção básica durante o ano de 1999, nos municípios habilitados conforme a NOB/SUS 01/96, estão relacionados nos quadros a seguir:

QUADRO 1 - Indicadores para acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados com base na NOB/96.

QUADRO 2 - Indicador para avaliação da atenção básica nos municípios qualificados para receber o incentivo ao Programa de COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS.

QUADRO 3 - Indicadores para acompanhamento da atenção básica nos municípios qualificados para receber o incentivo às equipes de SAÚDE DA FAMÍLIA.

QUADRO 4 - Indicadores para avaliação da atenção básica nos municípios qualificados para receber o incentivo às equipes de AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Os indicadores constantes do Quadro 1 serão adotados por todos os municípios habilitados conforme a NOB/SUS 01/96.

O elenco de indicadores dos quadros 2, 3 e 4 é sempre cumulativo aos do Quadro 1 e a sua utilização depende da implementação de estratégias ou ações que façam jus aos incentivos financeiros da parte variável do PAB.

Os indicadores relacionados nos Quadros 3 e 4 serão aplicados sobre a população coberta pelas equipes de Saúde da Família ou pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Para a organização do processo de Acompanhamento da Atenção Básica nos municípios habilitados, as Secretarias Estaduais de Saúde devem, após analisar a realidade sanitária de cada município, mediante indicadores atualizados, propor metas para cada indicador a ser utilizado pelo município.

As Planilhas de Metas devem ser negociadas entre o gestor estadual e cada gestor municipal e aprovadas pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB, configurando o pacto estadual com os municípios, para que, ao final do ano de 1999, os resultados sejam avaliados.

O consolidado do pacto entre gestores estaduais e municipais consubstanciará a Planilha Anual de Metas que cada estado apresentará ao MS, materializando o pacto entre ele e o Ministério da Saúde.

Ao final de cada ano será realizada uma avaliação para negociação e definição de novas metas.

Quando os resultados nos municípios forem insuficientes, as Comissões Intergestores de cada esfera de governo devem avaliar as estratégias implementadas para providenciar os ajustes necessários ou, até mesmo, suspender a aprovação para a transferência de incentivos.

Os estados que apresentarem resultados positivos na avaliação das metas pactuadas receberão o Incentivo de Valorização de Resultados - IVR, a ser regulamentado pela Comissão Intergestores Tripartite.

O Ministério da Saúde se compromete a apoiar as CIB na implementação dessa metodologia de avaliação, desde a disponibilização de dados para construção dos indicadores, até a cooperação técnica necessária ao processo de pactuação.

QUADRO 1 - Indicadores para avaliação da atenção básica nos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96

Veja nas próximas páginas.

indicadores

cálculo

fontes de informação

• Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano.

• Número de crianças menores de 1 ano do município, vacinadas com número total de doses preconizadas para cada vacina/população de crianças menores de 1 ano do município x 100.

• SI/PNI

• Número de hospitalizações por tétano neonatal, por local de residência.

*

• SIH/SUS

• Incidência de hospitalização por sarampo, por local de residência.

• Número de casos confirmados no município/população residente no município x 1000.

• SINAM

• Número de hospitalizações por difteria, por local de residência.

*

• SIH/SUS

• Número de hospitalizações por tétano acidental, por local de residência.

*

• SIH/SUS

• Cobertura vacinal anti-rábica de cães

• Número de cães do município vacinados/população de cães estimados para o município (10% da população do município) x 100.

• Secretaria Municipal de Saúde

• Percentual de hospitalização por IRA em crianças menores de 5 anos, por local de residência.

• Número de internações de crianças do município menores de 5 anos, por IRA/população de menores de 5 anos do município x 100.

• SIH

• Percentual de hospitalização de menores de 5 anos por desidratação, por local de residência.

• Número de internações por desidratação de crianças menores de 5 anos, residentes no município/população de menores de 5 anos residentes no município x 100.

• SIH/SUS

• Coeficiente de mortalidade infantil.

• Número de óbitos de menores de 1 ano/número de nascidos x 1.000.

• SIM

• Percentual de hospitalização por parto e aborto na adolescência (10 a 19 anos), por local de residência.

• Número de internações em mulheres de 10 a 19 anos, residentes no município, por aborto (curetagem) e parto/população feminina de 10 a 19 anos residentes no município x 100.

• SIH/SUS

continuação do QUADRO 1

indicadores

• Percentual de hospitalização por parto e aborto na adolescência (10 a 19 anos), por local de residência.

• Percentual de abandono no tratamento de hanseníase, por local de residência.

• Percentual de abandono no tratamento de tuberculose, por local de residência.

• Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos (com mais de 60 anos), por local de residência.

• Coeficiente de hospitalização por crise de acidente vascular cerebral e infarto, por local de procedência.

cálculo

• Número de internações em mulheres de 10 a 19 anos, residentes no município, por aborto (curetagem) e parto/população feminina de 10 a 19 anos residentes no município x 100.

• Número de portadores faltosos do programa de hanseníase/número de pessoas cadastradas no programa x 100.

• Número de faltosos do programa de tuberculose/número de pessoas cadastradas no programa x 100.

• Número de internações de pessoas maiores de 60 anos por doenças respiratórias agudas/população de maiores de 60 anos x 1.000.

• Número de internações por crise de acidente vascular cerebral e infarto da população residente/total da população residente x 10.000.

fontes de informação

• SIH/SUS

• SINASC

• SINASC

• SIH/SUS

• SIH/SUS

* NOTA DO CONASS: campos em branco na publicação original publicada pelo D.O.U.

QUADRO 2 - Indicador para avaliação da Atenção Básica nos municípios qualificados para receber incentivo de combate às carências nutricionais

indicadores

• Prevalência de desnutrição em menores de 5 anos, por local de residência.

cálculo

• Número de hospitalizações de crianças menores de 5 anos, residentes no município, por desnutrição/população da mesma faixa etária, residente no município x 10.000.

fontes de informação

• SIH/SUS

QUADRO 3 - Indicadores para acompanhamento da Atenção Básica nos municípios qualificados para receber incentivo às equipes de saúde da família

Os indicadores listados abaixo são utilizados considerando a população coberta pelas equipes de saúde da família.

indicadores	cálculo	fontes de informação
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de ocorrência de valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos/população de 5 a 14 anos x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de ocorrência de Acidente Vascular Cerebral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de acidente vascular cerebral/número de hipertensos cadastrados x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de infarto agudo do miocárdio/número de hipertensos cadastrados x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de ocorrência de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez - DHEG (forma grave). 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de doença hipertensiva específica da gravidez - DHEG (forma grave)/número de gestantes acompanhadas x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de ocorrência de Doença Hemolítica Perinatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de doença hemolítica perinatal/número de nascidos vivos x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de ocorrência de fraturas de colo de fêmur em maiores de 50 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de fraturas de colo de fêmur em maiores de 50 anos/população maior de 50 anos x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de ocorrência de Meningite Tuberculosa em menores de 5 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de Meningite tuberculosa em menores de 5 anos/população menor de 5 anos x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de recém-nascidos com peso menor que 2500g. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de recém-nascidos com peso menor que 2500g/número nascidos vivos pesados x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de hospitalizações por qualquer causa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de hospitalizações por qualquer causa/população cadastrada x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de óbitos em menores de 1 ano por diarreia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de óbitos de menores de 1 ano por diarreia/total de óbitos de menores de 1 ano x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de óbitos em menores de 1 ano por infecção respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de óbitos de menores de 1 ano por infecção respiratória/total de óbitos de menores de 1 ano x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos/total de óbitos x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de óbitos de adolescentes (10-19) por violência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de óbitos de adolescentes (10-19) por violência/total de óbitos x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual da população coberta pelo Programa 	<ul style="list-style-type: none"> • População cadastrada/população do município (IBGE) x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB

QUADRO 4 - Indicadores para acompanhamento da Atenção Básica na população coberta pelo programa, nos municípios qualificados para receber incentivo às equipes de agentes comunitários de saúde

indicadores	cálculo	fontes de informação
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual da população coberta pelas equipes do programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • População cadastrada/população do município (IBGE) x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de crianças menores de 4 meses, na área coberta pelo programa, com aleitamento exclusivo/população de menores de 4 meses da mesma área x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de óbitos em crianças menores de 1 ano por diarreia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de óbitos de menores de 1 ano por diarreia/total de óbitos de menores de 1 ano x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de óbitos de crianças menores de 1 ano por infecção respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de óbitos de menores de 1 ano por infecção respiratória/total de óbitos de menores de 1 ano x 100. 	<ul style="list-style-type: none"> • SIAB

12. LEI Nº 9.782, DE 26 DE JANEIRO DE 1999 - Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências.

Faço saber que o PRESIDENTE DA REPÚBLICA adotou a Medida Provisória nº 1.791, de 1998, que o CONGRESSO NACIONAL aprovou, e eu, ANTONIO CARLOS MAGALHÃES, PRESIDENTE, para os efeitos do disposto no parágrafo único do art. 62 da Constituição Federal, promulgo a seguinte Lei:

Capítulo I - Do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Art. 1º. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária compreende o conjunto de ações definido pelo

§ 1º do art. 6º e pelos artigos 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Art. 2º. Compete à União no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

I - definir a Política Nacional de Vigilância Sanitária;

II - definir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

III - normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde;

IV - exercer a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

V - acompanhar e coordenar as ações estaduais, distrital e municipais de vigilância sanitária;

VI - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios;

VII - atuar em circunstâncias especiais de risco à saúde; e

VIII - manter sistema de informações em vigilância sanitária, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

§ 1º. A competência da União será exercida:

I - pelo Ministério da Saúde, no que se refere à formulação, ao acompanhamento e à avaliação da política nacional de vigilância sanitária e das diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

II - pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVS, em conformidade com as atribuições que lhe são conferidas por esta Lei; e

III - pelos demais órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, cujas áreas de atuação se relacionem com o sistema.

§ 2º. O Poder Executivo Federal definirá a alocação, entre os seus órgãos e entidades, das demais atribuições e atividades executadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, não abrangidas por esta Lei.

§ 3º. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios fornecerão, mediante convênio, as informações solicitadas pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Capítulo II - Da criação e da competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Art. 3º. Fica criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro no Distrito Federal, prazo de duração indeterminado e atuação em todo território nacional.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à Agência é caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira.

Art. 4º. A Agência atuará como entidade administrativa independente, sendo-lhe assegurada, nos termos desta Lei, as prerrogativas necessárias ao exercício adequado de suas atribuições.

Art. 5º. Caberá ao Poder Executivo instalar a Agência, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional.

Parágrafo único. A edição do regulamento marcará a instalação da Agência, investindo-a, automaticamente, no exercício de suas atribuições.

Art. 6º. A Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras.

Art. 7º. Compete à Agência proceder à implementação e à execução do disposto nos incisos II a VII do art. 2º desta Lei, devendo:

I - coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

II - fomentar e realizar estudos e pesquisas no âmbito de suas atribuições;

III - estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária;

- IV - estabelecer normas e padrões sobre limites de contaminantes, resíduos tóxicos, desinfetantes, metais pesados e outros que envolvam risco à saúde;
- V - intervir, temporariamente, na administração de entidades produtoras, que sejam financiadas, subsidiadas ou mantidas com recursos públicos, assim como nos prestadores de serviços e ou produtores exclusivos ou estratégicos para o abastecimento do mercado nacional, obedecido o disposto no art. 5º da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, com a redação que lhe foi dada pelo art. 2º da Lei nº 9.695, de 20 de agosto de 1998;
- VI - administrar e arrecadar a taxa de fiscalização de vigilância sanitária, instituída pelo art. 23 desta Lei;
- VII - autorizar o funcionamento de empresas de fabricação, distribuição e importação dos produtos mencionados no art. 6º desta Lei;
- VIII - anuir com a importação e exportação dos produtos mencionados no art. 8º desta Lei;
- IX - conceder registros de produtos, segundo as normas de sua área de atuação;
- X - conceder e cancelar o certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação;
- XI - exigir, mediante regulamentação específica, a certificação de conformidade no âmbito do Sistema Brasileiro de Certificação - SBC, de produtos e serviços sob o regime de vigilância sanitária segundo sua classe de risco;
- XII - exigir o credenciamento, no âmbito do SINMETRO, dos laboratórios de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros de interesse para o controle de riscos à saúde da população, bem como daqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias;
- XIII - exigir o credenciamento dos laboratórios públicos de análise fiscal no âmbito do SINMETRO;
- XIV - interditar, como medida de vigilância sanitária, os locais de fabricação, controle, importação, armazenamento, distribuição e venda de produtos e de prestação de serviços relativos à saúde, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;
- XV - proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;
- XVI - cancelar a autorização de funcionamento e a autorização especial de funcionamento de empresas, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;
- XVII - coordenar as ações de vigilância sanitária realizadas por todos os laboratórios que compõem a rede oficial de laboratórios de controle de qualidade em saúde;
- XVIII - estabelecer, coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica;
- XIX - promover a revisão e atualização periódica da farmacopéia;
- XX - manter sistema de informação contínuo e permanente para integrar suas atividades com as demais ações de saúde, com prioridade às ações de vigilância epidemiológica e assistência ambulatorial e hospitalar;
- XXI - monitorar e auditar os órgãos e entidades estaduais, distrital e municipais que integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo-se os laboratórios oficiais de controle de qualidade em saúde;

XXII - coordenar e executar o controle da qualidade de bens e produtos relacionados no art. 8º desta Lei, por meio de análises previstas na legislação sanitária, ou de programas especiais de monitoramento da qualidade em saúde;

XXIII - fomentar o desenvolvimento de recursos humanos para o sistema e a cooperação técnico-científica nacional e internacional; e

XXIV - autuar e aplicar as penalidades previstas em lei.

§ 1º. A Agência poderá delegar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a execução de atribuições que lhe são próprias, excetuadas as previstas nos incisos I, V, VIII, IX, XV, XVI, XVII, XVIII e XIX deste artigo.

§ 2º. A Agência poderá assessorar, complementar ou suplementar as ações estaduais, municipais e do Distrito Federal para o exercício do controle sanitário.

§ 3º. As atividades de vigilância epidemiológica e de controle, de vetores relativas a portos, aeroportos e fronteiras, serão executadas pela Agência, sob orientação técnica e normativa do Ministério da Saúde.

Art. 8º. Incumbe à Agência, respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

§ 1º. Consideram-se bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência:

I - medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;

II - alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários;

III - cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes;

IV - saneantes destinados a higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos;

V - conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico;

VI - equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem;

VII - imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados;

VIII - órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições;

IX - radioisótopos para uso diagnóstico in vivo e radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia;

X - cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco; e

XI - quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação.

§ 2º. Consideram-se serviços submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência,

aqueles voltados para a atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias.

§ 3º. Sem prejuízo do disposto nos § 1º e 2º deste artigo, submetem-se ao regime de vigilância sanitária as instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos em todas as fases dos processos de produção dos bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, incluindo a destinação dos respectivos resíduos.

§ 4º. A Agência poderá regulamentar outros produtos e serviços de interesse para o controle de riscos à saúde da população, alcançados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Capítulo III - Da estrutura organizacional da autarquia

Seção I - Da Estrutura Básica

Art. 9º. A Agência será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções.

Parágrafo único. A Agência contará, ainda, com um Conselho Consultivo, na forma disposta em regulamento.

Seção II - Da Diretoria Colegiada

Art. 10. A gerência e a administração da Agência serão exercidas por uma Diretoria Colegiada, composta por até cinco membros, sendo um deles o seu Diretor-Presidente.

Parágrafo único. Os Diretores serão brasileiros, indicados e nomeados pelo Presidente da República após aprovação prévia do Senado Federal nos termos do art. 52, III, “f”, da Constituição Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução.

Art. 11. O Diretor-Presidente da Agência será nomeado pelo Presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada, e investido na função por três anos, ou pelo prazo restante de seu mandato, admitida uma única recondução por três anos.

Art. 12. A exoneração imotivada de Diretor da Agência somente poderá ser promovida nos quatro meses iniciais do mandato, findos os quais será assegurado seu pleno e integral exercício, salvo nos casos de prática de ato de improbidade administrativa, de condenação penal transitada em julgado e de descumprimento injustificado do contrato de gestão da autarquia.

Art. 13. Aos dirigentes da Agência é vedado o exercício de qualquer outra atividade profissional, empresarial, sindical ou de direção político-partidária.

§ 1º. É vedado aos dirigentes, igualmente, ter interesse direto ou indireto, em empresa relacionada com a área de atuação da vigilância sanitária, prevista nesta Lei, conforme dispuser o regulamento.

§ 2º. A vedação de que trata o caput deste artigo não se aplica aos casos em que a atividade profissional decorra de vínculo contratual mantido com entidades públicas destinadas ao ensino e à pesquisa, inclusive com as de direito privado a elas vinculadas.

§ 3º. No caso de descumprimento da obrigação prevista no caput e no § 1º deste artigo, o infrator perderá o cargo, sem prejuízo de responder as ações cíveis e penais cabíveis.

Art. 14. Até um ano após deixar o cargo, é vedado ao ex-dirigente representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência.

Parágrafo único. Durante o prazo estabelecido no caput é vedado, ainda, ao ex-dirigente, utilizar em benefício próprio informações privilegiadas obtidas em decorrência do cargo exercido, sob pena de incorrer em ato de improbidade administrativa.

Art. 15. Compete à Diretoria Colegiada:

I - exercer a administração da Agência;

II - propor ao Ministro de Estado da Saúde as políticas e diretrizes governamentais destinadas a permitir à Agência o cumprimento de seus objetivos;

III - editar normas sobre matérias de competência da Agência;

IV - aprovar o regimento interno e definir a área de atuação, a organização e a estrutura de cada Diretoria;

V - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à vigilância sanitária;

VI - elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;

VII - julgar, em grau de recurso, as decisões da Diretoria, mediante provocação dos interessados; e

VIII - encaminhar os demonstrativos contábeis da Agência aos órgãos competentes.

§ 1º. A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, quatro diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos favoráveis.

§ 2º. Dos atos praticados pela Agência caberá recurso à Diretoria Colegiada, com efeito suspensivo, como última instância administrativa.

Art. 16. Compete ao Diretor-Presidente:

I - representar a Agência em juízo ou fora dele;

II - presidir as reuniões da Diretoria Colegiada;

III - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;

- IV - decidir ad referendum da Diretoria Colegiada as questões de urgência;
- V - decidir em caso de empate nas deliberações da Diretoria Colegiada;
- VI - nomear e exonerar servidores, provendo os cargos efetivos, em comissão e funções de confiança, e exercer o poder disciplinar, nos termos da legislação em vigor;
- VII - encaminhar ao Conselho Consultivo os relatórios periódicos elaborados pela Diretoria Colegiada; e
- VIII - assinar contratos, convênios e ordenar despesas.

Seção III - Dos Cargos em Comissão e das Funções Comissionadas

Art. 17. Ficam criados os Cargos em Comissão de Natureza Especial e do Grupo de Direção e Assessoramento Superiores - DAS, com a finalidade de integrar a estrutura da Agência, relacionados no Anexo I desta Lei.

Parágrafo único. Os cargos em Comissão do Grupo de Direção e Assessoramento Superior serão exercidos, preferencialmente, por integrantes do quadro de pessoal da autarquia.

Art. 18. Ficam criadas funções de confiança denominadas Funções Comissionadas de Vigilância Sanitária - FCVS de exercício privativo de servidores públicos, no quantitativo e valores previstos no Anexo I desta Lei.

§ 1º. O servidor investido em FCVS perceberá os vencimentos do cargo efetivo, acrescidos do valor da função para a qual tiver sido designado.

§ 2º. Cabe à Diretoria Colegiada da Agência dispor sobre a realocação dos quantitativos e distribuição das FCVS dentro de sua estrutura organizacional, observados os níveis hierárquicos, os valores de retribuição correspondentes e o respectivo custo global estabelecidos no Anexo I.

§ 3º. A designação para a função comissionada de vigilância sanitária é inacumulável com a designação ou nomeação para qualquer outra forma de comissionamento, cessando o seu pagamento durante as situações de afastamento do servidor, inclusive aquelas consideradas de efetivo exercício, ressalvados os períodos a que se referem os incisos I, IV, VI e VIII, do art. 102 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com as alterações da Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997.

Capítulo IV - Do contrato de gestão

Art. 19. A administração da Agência será regida por um contrato de gestão, negociado entre o seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde, ouvidos previamente os Ministros de Estado da Fazenda e do Orçamento e Gestão, no prazo máximo de noventa dias seguintes à nomeação do Diretor-Presidente da autarquia.

Parágrafo único. O contrato de gestão é o instrumento de avaliação da atuação administrativa da autarquia e de seu desempenho, estabelecendo os parâmetros para a

administração interna da autarquia bem como os indicadores que permitam quantificar, objetivamente, a sua avaliação periódica.

Art. 20. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implicará a exoneração do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro de Estado da Saúde.

Capítulo V - Do patrimônio e receitas

Seção I - Das Receitas da Autarquia

Art. 21. Constituem patrimônio da Agência os bens e direitos de sua propriedade, os que lhe forem conferidos ou que venha adquirir ou incorporar.

Art. 22. Constituem receita da Agência:

I - o produto resultante da arrecadação da taxa de fiscalização de vigilância sanitária, na forma desta Lei;

II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;

III - o produto da arrecadação das receitas das multas resultantes das ações fiscalizadoras;

IV - o produto da execução de sua dívida ativa;

V - as dotações consignadas no Orçamento Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais e transferências e repasses que lhe forem conferidos;

VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades e organismos nacionais e internacionais;

VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;

VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;

e

IX - o produto da alienação de bens, objetos e instrumentos utilizados para a prática de infração, assim como do patrimônio dos infratores, apreendidos em decorrência do exercício do poder de polícia e incorporados ao patrimônio da Agência nos termos de decisão judicial.

Parágrafo único. Os recursos previstos nos incisos I, II e VII deste artigo, serão recolhidos diretamente à Agência, na forma definida pelo Poder Executivo.

Art. 23. Fica instituída a Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária.

§ 1º. Constitui fato gerador da Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária a prática dos atos de competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária constantes do Anexo II.

§ 2º. São sujeitos passivos da taxa a que se refere o caput deste artigo às pessoas físicas e jurídicas que exercem atividades de fabricação, distribuição e venda de produtos e a prestação de serviços mencionados no art. 8º desta Lei.

§ 3º. A taxa será devida em conformidade com o respectivo fato gerador, valor e prazo a que refere a tabela que constitui a Anexo II desta Lei.

§ 4º. A taxa deverá ser recolhida nos prazos dispostos em regulamento próprio da Agência.

§ 5º. A arrecadação e a cobrança da taxa a que se refere este artigo poderá ser delegada aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a critério da Agência, nos casos em que por eles estejam sendo realizadas ações de vigilância, respeitado o disposto no § 1º do art. 7º desta Lei.

Art. 24. A Taxa não recolhida nos prazos fixados em regulamento, na forma do artigo anterior, será cobrada com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% ao mês, calculados na forma da legislação aplicável aos tributos federais;

II - multa de mora de 20%, reduzida a 10% se o pagamento for efetuado até o último dia útil do mês subsequente ao do seu vencimento;

III - encargos de 20%, substitutivo da condenação do devedor em honorários de advogado, calculado sobre o total do débito inscrito como dívida ativa, que será reduzido para 10%, se o pagamento for efetuado antes do ajuizamento da execução.

§ 1º. Os juros de mora não incidem sobre o valor da multa de mora.

§ 2º. Os débitos relativos à Taxa poderão ser parcelados, a juízo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

Art. 25. A Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária será devida a partir de 1º de janeiro de 1999.

Art. 26. A Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária será recolhida em conta bancária vinculada à Agência.

Seção II - Da Dívida Ativa

Art. 27. Os valores cuja cobrança seja atribuída por lei à Agência e apurados administrativamente, não recolhidos no prazo estipulado, serão inscritos em dívida ativa própria da Agência e servirão de título executivo para cobrança judicial, na forma da Lei.

Art. 28. A execução fiscal da dívida ativa será promovida pela Procuradoria da Agência.

Capítulo VI - Das disposições finais e transitórias

Art. 29. Na primeira gestão da Autarquia, visando implementar a transição para o sistema de mandatos não coincidentes:

I - três diretores da Agência serão nomeados pelo Presidente da República, por indicação do ministro de Estado da Saúde; e

II - dois diretores serão nomeados na forma do parágrafo único, do art. 10, desta Lei.

Parágrafo único. Dos três diretores referidos no inciso I deste artigo, dois serão nomeados para mandato de quatro anos e um para dois anos.

Art. 30. Constituída a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com a publicação de seu Regimento Interno, pela Diretoria Colegiada, estará extinta a Secretaria de Vigilância Sanitária.

Art. 31. Fica o Poder Executivo autorizado a:

I - transferir para a Agência o acervo técnico e patrimonial, obrigações, direitos e receitas do Ministério da Saúde e de seus órgãos, necessários ao desempenho de suas funções; e

II - remanejar, transferir ou utilizar os saldos orçamentários do Ministério da Saúde para atender as despesas de estruturação e manutenção da Agência, utilizando como recursos às dotações orçamentárias destinadas às atividades finalísticas e administrativas, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei Orçamentária em vigor.

Art. 32. Fica transferido da Fundação Osvaldo Cruz, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, bem como suas atribuições institucionais, acervo patrimonial e dotações orçamentárias.

Parágrafo único. A Fundação Osvaldo Cruz dará todo o suporte necessário à manutenção das atividades do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, até a organização da Agência.

Art. 33. A Agência poderá contratar especialistas para a execução de trabalhos nas áreas técnica, científica, econômica e jurídica, por projetos ou prazos limitados, observada a legislação em vigor.

Art. 34. A Agência poderá requisitar, nos três primeiros anos de sua instalação, com ônus, servidores ou contratados, de órgãos de entidades integrantes da Administração Pública Federal direta, indireta ou fundacional, quaisquer que sejam as funções a serem exercidas.

§ 1º. Durante os primeiros vinte e quatro meses subseqüentes à instalação da Agência, as requisições de que trata o caput deste artigo serão irrecusáveis, quando feitas a órgãos e entidades do Poder Executivo Federal, e desde que aprovadas pelos ministros de Estado da Saúde e do Orçamento e Gestão.

§ 2º. Quando a requisição implicar redução de remuneração do servidor requisitado, fica a Agência autorizada a complementá-la até o limite da remuneração do cargo efetivo percebida no órgão de origem.

Art. 35. É vedado a ANVS contratar pessoal com vínculo empregatício ou contratual junto a entidades sujeitas à ação da Vigilância Sanitária, bem como os respectivos proprietários ou responsáveis, ressalvada a participação em comissões de trabalho criadas com fim específico, duração determinada e não integrantes da sua estrutura organizacional.

Art. 36. São consideradas necessidades temporárias de excepcional interesse público, nos termos do art. 37 da Constituição Federal, as atividades relativas à implementação, ao acompanhamento e à avaliação de projetos e programas de caráter finalístico na área de vigilância sanitária, à regulamentação e a normatização de produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde, imprescindíveis à implantação da Agência.

§ 1º. Fica a ANVS autorizada a efetuar contratação temporária, para o desempenho das atividades de que trata o caput deste artigo, por período não superior a trinta e seis meses a contar de sua instalação.

§ 2º. A contratação de pessoal temporário poderão ser efetivada à vista de notória capacidade técnica ou científica do profissional, mediante análise do curriculum vitae.

§ 3º. As contratações temporárias serão feitas por tempo determinado e observado o prazo máximo de doze meses, podendo ser prorrogadas desde que sua duração não ultrapasse o termo final da autorização de que trata o § 1º.

§ 4º. A remuneração do pessoal contratado temporariamente terá como referência valores definidos em ato conjunto da ANVS e do órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (SIPEC).

§ 5º. Aplica-se ao pessoal contratado temporariamente pela ANVS, o disposto nos artigos 5º e 6º, no parágrafo único do art. 7º, nos artigos 8º, 9º, 10, 11, 12 e 16 da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993.

Art. 37. O quadro de pessoal da Agência poderá contar com servidores redistribuídos de órgãos e entidades do Poder Executivo Federal.

Art. 38. Em prazo não superior a cinco anos, o exercício da fiscalização de produtos, serviços, produtores, distribuidores e comerciantes, inseridos no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, poderá ser realizado por servidor requisitado ou pertencente ao quadro da ANVS, mediante designação da Diretoria, conforme regulamento.

Art. 39. Os ocupantes dos cargos efetivos de nível superior das carreiras de Pesquisa em Ciência e Tecnologia, de Desenvolvimento Tecnológico e de Gestão, Planejamento e Infra-Estrutura em Ciência e Tecnologia, criadas pela Lei nº 8.691, de 28 de julho de 1993, em exercício de atividades inerentes às respectivas atribuições na Agência, fazem jus à Gratificação de Desempenho de Atividade de Ciência e Tecnologia - GDCT, criada pela Lei nº 9.638, de 20 de maio de 1998.

§ 1º. A gratificação referida no caput também será devida aos ocupantes dos cargos efetivos de nível intermediário da carreira de Desenvolvimento Tecnológico em exercício de atividades inerentes às suas atribuições na Agência.

§ 2º. A Gratificação de Desempenho de Atividade de Ciência e Tecnologia - GDCT, para os ocupantes dos cargos efetivos de nível intermediário da carreira de Gestão, Planejamento e Infra-Estrutura em Ciência e Tecnologia, criada pela Lei nº 9.647, de 26 de maio de 1998, será devida a esses servidores em exercício de atividades inerentes às atribuições dos respectivos cargos na Agência.

§ 3º. Para fins de percepção das gratificações referidas neste artigo serão observados os demais critérios e regras estabelecidos na legislação em vigor.

§ 4º. O disposto neste artigo aplica-se apenas aos servidores da Fundação Osvaldo Cruz lotados no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, em 31 de dezembro de 1998, e que venham a ser redistribuídos para a Agência.

Art. 40. A Advocacia Geral da União e o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Consultoria Jurídica, mediante comissão conjunta, promoverão, no prazo de cento e oitenta dias, levantamento das ações judiciais em curso, envolvendo matéria cuja competência tenha sido transferida à Agência, a qual substituirá a União nos respectivos processos.

§ 1º. A substituição a que se refere o caput, naqueles processos judiciais, será requerida mediante petição subscrita pela Advocacia-Geral da União, dirigida ao Juízo ou Tribunal competente, requerendo a intimação da Procuradoria da Agência para assumir o feito.

§ 2º. Enquanto não operada a substituição na forma do parágrafo anterior, a Advocacia-Geral da União permanecerá no feito, praticando todos os atos processuais necessários.

Art. 41. O registro dos produtos de que trata a Lei nº 6.360, de 1976, e o decreto-lei nº 986, de 21 de outubro de 1969, poderá ser objeto de regulamentação pelo Ministério da Saúde e pela Agência visando à desburocratização e a agilidade nos procedimentos, desde que isto não implique riscos à saúde da população ou à condição de fiscalização das atividades de produção e circulação.

Parágrafo único. A Agência poderá conceder autorização de funcionamento a empresas e registro a produtos que sejam aplicáveis apenas a plantas produtivas e a mercadorias destinadas a mercados externos, desde que não acarrete riscos à saúde pública.

Art. 42. O art. 57 do decreto-lei nº 986, de 1969, passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 57. A importação de alimentos, de aditivos para alimentos e de substâncias destinadas a serem empregadas no fabrico de artigos, utensílios e equipamentos destinados a entrar em contato com alimentos, fica sujeita ao disposto neste decreto-lei e em seus Regulamentos sendo a análise de controle efetuada por amostragem, a critério da autoridade sanitária, no momento de seu desembarque no país.”

Art. 43. A Agência poderá apreender bens, equipamentos, produtos e utensílios utilizados para a prática de crime contra a saúde pública e a promover a respectiva alienação judicial, observado, no que couber, o disposto no art. 34 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, bem como requerer, em juízo, o bloqueio de contas bancárias de titularidade da empresa e de seus proprietários e dirigentes, responsáveis pela autoria daqueles delitos.

Art. 44. Os artigos 20 e 21 da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art.20.....

“**Parágrafo único.** Não ser registrado o medicamento que não tenha em sua composição substância reconhecidamente benéfica do ponto de vista clínico ou terapêutico.”

“Art. 21. Fica assegurado o direito de registro de medicamentos similares a outros já registrados, desde que satisfaçam as exigências estabelecidas nesta Lei.”

“§ 1º. Os medicamentos similares a serem fabricados no País, consideram-se registrados após decorrido o prazo de cento e vinte dias, contado da apresentação do respectivo requerimento, se até então não tiver sido indeferido.

§ 2º. A contagem do prazo para registro será interrompida até a satisfação, pela empresa interessada, de exigência da autoridade sanitária, não podendo tal prazo exceder a cento e oitenta dias.

§ 3º. O registro, concedido nas condições dos parágrafos anteriores, perderá a sua validade, independentemente de notificação ou interpelação, se o produto não for comercializado no prazo de um ano após a data de sua concessão, prorrogável por mais seis meses, a critério da autoridade sanitária, mediante justificação escrita de iniciativa da empresa interessada.

§ 4º. O pedido de novo registro do produto poderá ser formulado dois anos após a verificação do fato que deu causa à perda da validade do anteriormente concedido, salvo se não for imputável à empresa interessada.

§ 5º. As disposições deste artigo aplicam-se aos produtos registrados e fabricados em Estado-Parte integrante do Mercado Comum do Sul - MERCOSUL, para efeito de sua comercialização no País, se corresponderem a similar nacional já registrado.”

Art. 45. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 46. Fica revogado o art. 58 do decreto-lei nº 986, de 1969.

Congresso Nacional, em 26 de janeiro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

Senador ANTONIO CARLOS MAGALHÃES
PRESIDENTE

13. LEI Nº 9.787, DE 10 DE FEVEREIRO DE 1999 - Estabelece o Medicamento Genérico.

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

Art. 1º. A Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art.3º.....”

XXVIII - Denominação Comum Brasileira (DCB) - denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária;

XIX - Denominação Comum Internacional (DCI) - denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo recomendada pela Organização Mundial de Saúde;

XX - Medicamento Similar - aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica, e que é equivalente ao medicamento registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca; (NR) (Redação dada pela MP nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001)

XXI - Medicamento Genérico - medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB ou, na sua ausência, pela DCI;

XXII - Medicamento de Referência - produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro;

XXIII - Produto Farmacêutico Intercambiável - equivalente terapêutico de um medicamento de referência, comprovados, essencialmente, os mesmos efeitos de eficácia e segurança;

XXIV - Bioequivalência - consiste na demonstração de equivalência farmacêutica entre produtos apresentados sob a mesma forma farmacêutica, contendo idêntica composição qualitativa e quantitativa de princípio(s) ativo(s), e que tenham comparável biodisponibilidade, quando estudados sob um mesmo desenho experimental;

XXV - Biodisponibilidade - indica a velocidade e a extensão de absorção de um princípio ativo em uma forma de dosagem, a partir de sua curva concentração/tempo na circulação sistêmica ou sua excreção na urina.”

“Art.57.....”

“Parágrafo único. Além do nome comercial ou marca, os medicamento deverão obrigatoriamente exibir, nas peças referidas no caput deste artigo, nas embalagens e nos materiais promocionais a Denominação Comum Brasileira ou, quando for o caso, a Denominação Comum Internacional, em letras e caracteres com tamanho nunca inferior à metade do tamanho das letras e caracteres do nome comercial ou marca..” (NR)

Art. 2º. O órgão federal responsável pela vigilância sanitária regulamentará, no prazo de cento e oitenta dias, contado a partir de 11 de fevereiro de 1999 (Redação dada pela MP nº 2.190-34, de 23 de agosto de 2001).

I - os critérios e condições para o registro e o controle de qualidade dos medicamentos genéricos;

II - os critérios para as provas de biodisponibilidade de produtos farmacêuticos em geral;

III - os critérios para a aferição da equivalência terapêutica, mediante as provas de bioequivalência de medicamentos genéricos, para a caracterização de sua intercambialidade; e

IV - os critérios para a dispensação de medicamentos genéricos nos serviços farmacêuticos governamentais e privados, respeitada a decisão expressa de não intercambialidade do profissional prescritor.

Art. 3º. As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI).

§ 1º. O órgão federal responsável pela vigilância sanitária editará, periodicamente, a relação de medicamentos registrados no País, de acordo com a classificação farmacológica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename vigente e segundo a Denominação Comum Brasileira ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional, seguindo-se os nomes comerciais e as correspondentes empresas fabricantes.

§ 2º. Nas aquisições de medicamentos a que se refere o caput deste artigo, o medicamento genérico, quando houver, terá preferência sobre os demais em condições de igualdade de preço.

§ 3º. Nos editais, propostas licitatórias e contratos de aquisição de medicamentos, no âmbito do SUS, serão exigidas, no que couber, as especificações técnicas dos produtos, os respectivos métodos de controle de qualidade e a sistemática de certificação de conformidade.

§ 4º. A entrega dos medicamentos adquiridos será acompanhada dos respectivos laudos de qualidade.

Art. 4º. É o Poder Executivo Federal autorizado a promover medidas especiais relacionadas com o registro, a fabricação, o regime econômico-fiscal, a distribuição e a dispensação de medicamentos genéricos, de que trata esta Lei, com vistas a estimular sua adoção e uso no País.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde promoverá mecanismos que assegurem ampla comunicação, informação e educação sobre os medicamentos genéricos.

Art. 5º. O Ministério da Saúde promoverá programas de apoio ao desenvolvimento técnico-científico aplicado à melhoria da qualidade dos medicamentos.

Parágrafo único. Será buscada a cooperação de instituições nacionais e internacionais relacionadas com a aferição da qualidade de medicamentos.

Art. 6º. Os laboratórios que produzem e comercializam medicamentos com ou sem marca ou nome comercial terão o prazo de seis meses para as alterações e adaptações necessárias ao cumprimento do que dispõe esta Lei.

Art. 7º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 10 de fevereiro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Serra

14. PORTARIA GM/MS Nº 176, DE 8 DE MARÇO DE 1999

- Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica

Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.

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

- a Portaria/GM/MS nº 1.882, de 18/12/97, que estabelece o Piso de Atenção Básica;
- a prioridade de implementar a política de descentralização do setor saúde;
- a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, em reunião ordinária do dia 15 de dezembro de 1998;
- as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, editada na Portaria nº 3.916, de 30/10/98, que estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais, do Sistema Único de Saúde - SUS;
- a responsabilidade do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Executiva, pela aquisição e distribuição, diretamente às Secretarias Estaduais de Saúde, dos medicamentos relativos aos Programas Nacionais de AIDS (Anti-Retrovirais), Tisiologia, Hanseníase, Sangue e Hemoderivados (Fator VIII, Fator IX, Completo Protrombínico e DDAVP), Diabetes (Insulina) e Controle de Endemias;
- que os medicamentos constantes na tabela do SIA/SUS já dispõem de mecanismos de financiamento, cujos recursos estão contemplados pelos respectivos tetos financeiros da assistência dos estados e municípios;
- a necessidade de definir critérios para a aplicação dos recursos destinados à Assistência Farmacêutica Básica, componente da Assistência Farmacêutica, resolve:

Art. 1º. Estabelecer que o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica será financiado pelos três gestores, e que a transferência dos recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal.

Art. 2º. Os recursos oriundos do orçamento do Ministério da Saúde e as contrapartidas estadual e municipal, destinadas ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, para o ano de 1999, correspondem ao montante de, no mínimo, R\$319.272.826,00 (trezentos e dezenove milhões, duzentos e setenta e dois mil, oitocentos e vinte e seis reais), dos quais R\$159.636.413,00 (cento e cinquenta e nove milhões, seiscentos e trinta e seis mil, quatrocentos e treze reais) serão aportados pelo Ministério da Saúde.

§ 1º. Os recursos do Ministério da Saúde serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde

para os Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde e Fundo de Saúde do Distrito Federal, ou, temporariamente, por meio de convênios, aos estados não habilitados, nos termos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB/SUS 01/96, com base nos valores e critérios definidos nesta Portaria.

§ 2º. Para efeito de cálculo do montante destes recursos, foi considerada a população estimada para o ano de 1997, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, na Resolução nº 30, de 26 de agosto de 1997.

§ 3º. Os gestores qualificados farão jus à fração mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) da parcela federal que comporá o valor final do incentivo, na proporção do número de habitantes dos municípios, conforme distribuição constante no Anexo.

§ 4º. A comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas estadual e municipal constará do Relatório de Gestão Anual e as prestações de contas devem ser aprovadas pelos Conselhos de Saúde.

Art. 3º. Os recursos financeiros relativos ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica serão transferidos Fundo-a-Fundo, somente aos municípios habilitados conforme a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB/SUS 01/96, que aderirem ao pacto de gestão da Assistência Farmacêutica Básica, negociado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, de cada estado.

§ 1º. Cada município deverá assinar um Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica.

§ 2º. Os recursos financeiros para os municípios não habilitados serão repassados aos estados exclusivamente para cobertura da população residente nestes municípios.

Art. 4º. A parcela federal somente será repassada aos estados e/ou municípios mediante o encaminhamento, ao Ministério da Saúde, do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, que deverá conter:

I - elenco dos medicamentos para assistência básica, aprovado pela CIB;

II - os mecanismos de adesão e responsabilidade dos municípios, para integrarem o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica;

III - pacto de gestão entre o estado e município, negociado na CIB, incluindo a contrapartida de

recursos do estado e municípios, com a respectiva ata de aprovação; e

IV - a sistemática de programação, acompanhamento, controle e avaliação da implementação do

Plano no estado.

Art. 5º. O Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, parte integrante do Plano de Assistência Farmacêutica Estadual, coerente com a Política Nacional de Medicamentos, que

será utilizado como padrão em todo o estado, deverá estar fundamentado:

- I - na descentralização da gestão;
- II - no diagnóstico da situação de saúde do estado;
- III - no diagnóstico das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição/dispensação, desenvolvidas na assistência farmacêutica, no âmbito do estado;
- IV - nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;
- V - na rede de serviços existentes, de acordo com o nível de complexidade;
- VI - nas condições necessárias ao cumprimento das boas práticas de armazenagem; e
- VII - na proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos na operacionalização do Plano.

Art. 6º. Deverão ser cumpridas as seguintes etapas no âmbito estadual e federal, para a qualificação dos estados e municípios ao incentivo:

- I - encaminhamento do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica ao Ministério da Saúde;
- II - aprovação da qualificação do município na CIB;
- III - encaminhamento, à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, da Resolução da CIB aprovando a qualificação dos municípios e anexando a relação dos municípios qualificados; e
- IV - homologação da qualificação, pelo Ministério da Saúde, mediante a edição de Portaria específica.

Art. 7º. Os documentos de qualificação dos estados e municípios deverão ser entregues, ao Ministério da Saúde, até o dia 20 (vinte) de cada mês, para inclusão no mesmo mês de competência.

Art. 8º. O Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, deverá ser encaminhado, anualmente, até o dia 30 de setembro, ao Ministério da Saúde, visando a manutenção dos recursos federais ao incentivo relativo ao ano posterior.

Art. 9º. Será constituído grupo técnico-assessor, vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, para a análise e acompanhamento dos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria nº 1.660, de 6 de novembro de 1997.

15. PORTARIA GM/MS Nº 476, DE 14 DE ABRIL DE 1999

Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB 01/96, e dá outras providências.

- considerando a necessidade de orientar o processo de avaliação da Atenção Básica, estabelecida na Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial de nº 220-E, de 17 de novembro de 1998 e
- considerando que é fundamental o estabelecimento de pactos entre as Secretarias Municipais, Secretarias Estaduais e o Ministério da Saúde, com vista à definição de metas que representem uma melhoria da qualidade da atenção à saúde e dos principais indicadores contidos no Manual de Atenção Básica, resolve:

Art. 1º. Regulamentar o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica - PAB, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na Norma Operacional Básica do SUS 01/96.

Art. 2º. Estabelecer, como estratégia para o acompanhamento e avaliação de resultados da Atenção Básica, os pactos que serão firmados entre os estados e os Municípios, formalizados por meio de Termo de Compromisso e os pactos que deverão ser firmados entre os Estados e o Ministério da Saúde, formalizados por meio de Planilhas de Metas.

§ 1º. Os indicadores estabelecidos para acompanhar a Atenção Básica em 1.999 estão no anexo II. do Manual para Organização da Atenção Básica, aprovada pela Portaria GM/MS nº 3.925/98.

§ 2º. Os Formulários do termo de Compromisso e da Planilha de Metas são os constantes do anexo I e II desta Portaria.

Art. 3º. Define que cabe às Secretárias Estaduais de Saúde - SES, nos processo de acompanhamento e da avaliação de Atenção Básica:

I - propor a meta de cada indicador, a ser alcançada em 1.999 pelos municípios habitados nos termos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 01/96, levando em conta a situação sanitária e os indicadores referentes aos anos de 1996, 1997 e 1998, consolidados e divulgados pelo o Ministério da Saúde;

II - estabelecer a meta para cada indicador, a ser alcançada em 1999 pelos municípios não habilitados nas formas de gestão definidas na NOB/SUS 01/96, ficando o gestor estadual responsável pelo seu cumprimento;

- III - estabelecer a meta consolidada de cada indicador, a ser alcançada em 1999 pelo Estado;
- IV - submeter as metas municipais e o consolidado estadual de cada indicador, para 1999, à aprovação das Comissões Intergestores Bipartite - CIB;
- V - encaminhar as metas de cada indicador e os Termos de Compromisso dos Municípios para conhecimento do Conselho Estadual de Saúde;
- VI - encaminhar os Termos de Compromisso do Estado com os Municípios e as Planilhas de Metas Estaduais, constantes dos Anexo I e II, à Secretária de Assistência à Saúde/MS, até o dia 15 de junho de 1999, por meio eletrônico;
- VII - desenvolver estratégias de acompanhamento da Atenção Básica para apoiar os Municípios que apresentarem maiores dificuldades no cumprimento das metas acordadas;
- VIII - desenvolver, com cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde, a descentralização dos sistemas de informações que geram os indicadores de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica e qualificação dos municípios par sua operação;
- IX - avaliar, ao final do exercício, o desempenho dos indicadores de cada municípios e do consolidado estadual, referente ao ano de 1999; e
- X - incorporar as metas dos indicadores pactuadas no ano de 1999 no processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde para o ano de 2000.

Art. 4º. Definir que cabe às Comissões Intergestores Bipartite, no processo de acompanhamento e de avaliação de Atenção Básica:

- I - aprovar as metas contidas no Termos de Compromisso firmados entre os município e o gestor estadual;
- II - aprovar as metas consolidadas para o Estado;
- III - estabelecer estratégias e cronograma para a descentralização dos sistemas de informações e qualificação dos municípios para sua operação; e
- IV - avaliar as estratégias utilizadas para o cumprimento das metas pactuadas e propor os ajustes necessários nos municípios que, após a avaliação do desempenho anual, apresentarem resultado insatisfatório.

Art. 5º. Determinar que a Secretária de Assistência à Saúde - SAS/MS e a Secretária de Política de Saúde - SPS/MS analisem as planilhas de metas estaduais enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e elaborem os Termos de Compromisso a serem firmados entre o Ministério da Saúde e cada Estado, até o dia 30 de junho de 1999.

§ 1º. O Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e cada Estado deverá refletir as metas estaduais pactuadas.

§ 2º. Os Termos de Compromisso firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores estaduais deverão ser enviados, pela Secretaria de Políticas de Saúde/MS, à Comissão Intergestores Tripartite - CIT. e ao Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Art. 6º. Estabelecer, como estratégia para o acompanhamento e avaliação da oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica - PAB, a análise da capacidade instalada

disponível e da produção de serviços efetiva de cada município habilitado, realizada pela rede situada no próprio município e/ou por meio de pacto explícito com gestores de municípios circunvizinhos, quanto às responsabilidades assistenciais próprias da condição de gestão plena da atenção básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB/SUS 01/96.

Art. 7º. Definir que cabe às Secretarias de Saúde - SES, nos processos de acompanhamento e de avaliação da oferta de serviços de Atenção Básica:

I - proceder às análises da adequação e suficiência das ações e procedimentos correspondentes ao Grupo de Atenção Básica do SIA/SUS ofertados, por cada município habilitado à população sob responsabilidade;

II - elaborar relatório analítico circunstanciado. Nos casos em que os municípios habilitados à condição de gestão Plena da Atenção Básica, há mais de 3 (três) meses, não dispuserem de oferta de serviços, próprios ou contratados a terceiros, ou não apresentarem produção, caracterizando sobrecarga aos sistemas municipais circunvizinhos;

III - apresentar o relatório em questão à Comissão Intergestores Bipartite - CIB, propondo a desabilitação do município, até que o mesmo esteja capacitado ao pleno exercício das responsabilidades próprias da condição de gestão;

IV - encaminhar cópias do citado relatório e da decisão da CIB sobre desabilitação dos municípios para conhecimento do Conselho Estadual de Saúde;

V - desenvolver estratégias de acompanhamento e avaliação da oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica - PAB, para apoiar os municípios que apresentarem maiores dificuldades no exercício das responsabilidades próprias da condição de gestão;

Art. 8º. Definir que cabe às Comissões Intergestores Bipartite, no processo de acompanhamento e de avaliação da oferta de serviços de Atenção Básica:

I - aprovar o relatório proposto pelas SES ou, se considerar necessário, realizar avaliação complementar no local e junto aos sistemas municipais circunvizinhos;

II - avaliar as estratégias propostas pela SES de apoio aos municípios, visando à superação de suas dificuldades.

Art. 9º. Determinar que os municípios que não firmarem o Termo de Compromisso com o Estado, ou que não estejam capacitados ao pleno exercício das responsabilidades assistenciais próprias da condição de gestão, por meio de oferta de ações e serviços no seu próprio território ou de pacto explícito com os gestores dos municípios circunvizinhos, serão desabilitados pela CIB.

Parágrafo Único. Na eventualidade de desabilitação de municípios, caberá a SES o conjunto de responsabilidade de modo a assegurar a oferta de serviços de Atenção Básica à população dos respectivos municípios.

Art. 10. Estabelecer que o Ministério da Saúde/MS avaliará o desempenho de cada estado no exercício das atribuições definidas nesta Portaria, e o resultado dessa avaliação subsidiará a negociação das metas para o ano subsequente.

Parágrafo Único. Os Estados que alcançarem resultados positivos na avaliação realizada estarão habilitados a receber o Índice de Valorização de Resultados - IVR, a ser regulamentado pelo MS após aprovação pela comissão Intergestores Tripartite.

Art. 11. Definir que os procedimentos desta Portaria serão adequados às peculiaridades do Distrito Federal.

Art. 12. Determinar que a Secretária de Assistência à Saúde - SAS/MS e a Secretária de Política de Saúde - SPS/MS adotarão, cada uma em sua esfera de competência, as providências complementares necessárias à implementação deste ato.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO I - TERMO DE COMPROMISSO INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (*)

UF:

Código:

Município

Data:..... /...../.....

INDICADORES	SITUAÇÃO ATUAL			Meta Pactuada
	1996	1997	1998	1999
1 . Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano.				
2 . Número de hospitalização por tétano neonatal por local de residência.				
3 . Número de hospitalização por tétano acidental por local residência.				
4 . Número de hospitalizações por sarampo, por local de residência.				
5 . Número de hospitalizações por difteria, por local de residência.				
6 . Percentual de casos de hanseníase PB e MB curados entre os casos novos que iniciaram tratamento PQT.				
7 . Percentual de pacientes de tuberculose curados, por local de residência.				
8 . Coeficiente de mortalidade infantil.				
9 . Coeficiente de óbito na população menos de 1 ano.				
10 . Número de consultas de pré-natal por parto.				
11 . Percentual de internação por gravidez na adolescência.				
12 . Coeficiente de internação por IRA de crianças menores de 5 anos por local de residência.				
13 . Coeficiente de internação de menores de 5 anos por desidratação, por local de residência.				
14 . Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos, por local de residência.				
15 . Coeficiente de hospitalização por acidente vascular cerebral e infarto na população de 30 a 69 anos, por local de residência.				
16 . Coeficiente de hospitalização por complicação de diabetes mellitus, por local de residência.				
17 . Cobertura vacinal anti-rábica de cães.				

(*) os indicadores relacionados dizem respeito ao acompanhamento de um elenco de responsabilidades assumidas pelos municípios habilitados na NOB/96 na gestão plena de atenção básica e na gestão plena do sistema, de acordo com o Manual para Organização da Atenção Básica

.....
Secretário Municipal de Saúde

.....
Secretário Estadual da Saúde.

ANEXO II - PLANILHA DE METAIS ESTADUAIS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (*)

UF: _____ Data:/...../.....

INDICADORES	SITUAÇÃO ATUAL			Meta Pactuada
	1996	1997	1998	1999
1 . Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano.				
2 . Número de hospitalização por tétano neonatal por local de residência.				
3 . Número de hospitalização por tétano acidental por residência.				
4 . Número de hospitalizações por sarampo, por local de residência.				
5 . Número de hospitalizações por difteria, por local de residência.				
6 . Percentual de casos de hanseníase PB e MB curados entre os casos novos que iniciaram tratamento PQT.				
7 . Percentual de pacientes de tuberculose curados, por local de residência.				
8 . Coeficiente de mortalidade infantil.				
9 . Coeficiente de óbito na população menos de 1 ano.				
10 . Número de consultas de pré natal por parto.				
11 . Percentual de internação por gravidez na adolescência.				
12 . Coeficiente de internação por IRA de crianças menores de 5 anos por local de residência.				
13 . Coeficiente de internação de menores de 5 anos por desidratação, por local de residência.				
14 . Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos, por local de residência.				
15 . Coeficiente de hospitalização por acidente vascular cerebral e infarto na população de 30 a 69 anos, por local de residência.				
16 . Coeficiente de hospitalização por complicação de diabetes mellitus, por local de residência.				
17 . Cobertura vacinal anti-rábica de cães.				

(*) os indicadores relacionados dizem respeito ao acompanhamento de um elenco de responsabilidades assumidas pelos municípios habilitados na NOB/96 na gestão plena de atenção básica e na gestão plena do sistema, de acordo com o Manual para Organização de Atenção Básica.

.....
 Secretário Estadual de Saúde

16. PORTARIA GM/MS Nº 832, DE 28 DE JUNHO DE 1999

Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB 01/96, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE INTERINO, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de aperfeiçoar o processo de avaliação da Atenção Básica, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, e as orientações contidas na Portaria GM/MS nº 476, de 14 de abril de 1999; considerando que é fundamental o estabelecimento de pactos entre as Secretarias Municipais, as Secretarias Estaduais e o Ministério da Saúde, com vistas à definição de metas que representem uma melhoria da qualidade da atenção à saúde e dos principais indicadores contidos no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde; considerando as discussões do Ministério da Saúde com as Comissões Intergestores Bipartite, e considerando a necessidade de alterar o Anexo II da Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, resolve:

Art. 1º. Regulamentar o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica à Saúde, quanto aos resultados a serem alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica - PAB, conforme expresso na Norma Operacional Básica do SUS 01/96 e no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde.

Art. 2º. Estabelecer, como estratégia para o acompanhamento e avaliação de resultados da Atenção Básica à Saúde, os pactos que serão firmados entre os estados e os municípios, formalizados por meio de Termo de Compromisso, e os pactos que serão firmados entre os estados e o Ministério da Saúde, formalizados por meio de Planilha de Metas.

Art. 3º. Os indicadores estabelecidos para acompanhar a Atenção Básica à Saúde, em 1999, estão no Anexo II do Manual para Organização da Atenção Básica, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925/98.

§ 1º. Substituir os indicadores 1, 2, 4, 8 e 9 do Anexo referido neste Artigo, pelos abaixo discriminados, cujos dados para base de comparação serão encaminhados às Secretarias Estaduais de Saúde pelo Ministério da Saúde:

INDICADORES		CÁLCULO	FONTES DE INFORMAÇÕES
1. Cobertura vacinal de rotina de crianças menores de 1 ano.	BCG	• Número de crianças vacinadas com BCG/População menor que 1 ano x 100.	• SI - PNI IBGE
	PÓLIO	• Número de crianças vacinas contra Pólio (3ª Dose)/População menor que 1 ano x 100.	
	DPT	• Número de crianças vacinadas com DPT (3ª Dose)/População menor que 1 anos x 100.	
	SARAMPO	• Número de crianças vacinadas contra Sarampo/População menor que 1 ano x 100.	• SINAN
2. Número de notificações de casos de tétano neonatal.		• Número de notificações de casos de tétano neonatal no ano considerado.	• SINAN
4. Número de notificações de casos de sarampo.		• Número de notificações de casos de sarampo no ano considerado.	• SINASC
8. Proporção de crianças com baixo peso ao nascer.		• Número de recém-nascidos com menos de 2500gr/Total de recém nascidos x 100 (no ano considerado).	• SIM
9. Número absoluto de óbitos em crianças menores de 1 ano.		• Número de registros de óbitos em crianças menores de 1 ano.	

§ 2º. Excluir os indicadores 3 e 5 do Anexo II do Manual para Organização da Atenção Básica referido neste Artigo, referentes a hospitalizações por tétano acidental e por difteria.

§ 3º. Os estados que já tiverem concluído o processo de pactuação com seus municípios estão liberados de definir metas para os novos indicadores apresentados no § 1º, desde que encaminhem os Termos de Compromisso do estado com os municípios e as Planilhas de Metas Estaduais à Secretaria de Assistência à Saúde/MS, até 30 de junho de 1999.

§ 4º. Os formulários referentes ao Termo de Compromisso e à Planilha de Metas, com as alterações definidas neste Artigo 3º, são os constantes dos Anexos I e II desta Portaria.

Art. 4º. Definir que cabe às Secretarias Estaduais de Saúde - SES, no processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica:

I - propor a meta de cada indicador da atenção básica, incluindo aqueles relacionados às partes variáveis do Piso da Atenção Básica, a ser alcançada em 1999, pelos municípios

habilitados nos termos da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 01/96, levando em conta a situação sanitária e os indicadores consolidados e divulgados pelo Ministério da Saúde. Para os indicadores de cobertura vacinal, a meta a ser definida deve estar adequada aos parâmetros estabelecidos pelo Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde;

II - estabelecer a meta para cada indicador, a ser alcançada em 1999 pelos municípios não habilitados nas formas de gestão definidas na NOB/SUS 01/96, ficando o gestor estadual responsável pelo seu cumprimento;

III - estabelecer a meta consolidada de cada indicador, a ser alcançada em 1999 pelo estado;

IV - submeter as metas municipais e o consolidado estadual de cada indicador, para 1999, à aprovação das Comissões Intergestores Bipartite - CIB;

V - encaminhar as metas de cada indicador e os Termos de Compromisso dos municípios para conhecimento do Conselho Estadual de Saúde;

VI - encaminhar os Termos de Compromisso do Estado com os Municípios e as Planilhas de Metas Estaduais, constantes dos Anexos I e II, à Secretaria de Assistência à Saúde/MS, até o dia 1º de agosto de 1999, por meio eletrônico;

VII - desenvolver estratégias de acompanhamento da Atenção Básica à Saúde para apoiar os municípios que apresentarem maiores dificuldades no cumprimento das metas acordadas;

VIII - desenvolver, com a cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde, a descentralização dos sistemas de informações, que geram os indicadores de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica à Saúde e a qualificação dos municípios para sua operacionalização;

IX - avaliar, ao final do exercício, o desempenho dos indicadores de cada município e do consolidado estadual, referentes ao ano de 1999; e

X - incorporar as metas dos indicadores, pactuadas no ano de 1999, no processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde para o ano de 2000.

Art. 5º. Definir que cabe às Comissões Intergestores Bipartite, no processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica:

I - aprovar as metas contidas nos Termos de Compromisso firmados entre os municípios e o gestor estadual;

II - aprovar as metas consolidadas para o estado;

III - estabelecer estratégias e cronograma para a descentralização dos sistemas de informações e qualificação dos municípios para sua operacionalização; e

IV - avaliar as estratégias utilizadas para o cumprimento das metas pactuadas e propor os ajustes necessários nos municípios que, após a avaliação do desempenho anual, apresentarem resultado insatisfatório.

Art. 6º. Estabelecer que cabe ao Ministério da Saúde analisar as planilhas de metas estaduais

enviadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e elaborar os Termos de Compromisso, a serem firmados com os Estados, até o dia 15 de agosto de 1999.

§ 1º. O Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e cada Estado deverá refletir as metas estaduais pactuadas.

§ 2º. Os Termos de Compromisso firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores estaduais deverão ser enviados, pela Secretaria de Políticas de Saúde/MS, à Comissão Intergestores Tripartite - CIT e ao Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Art. 7º. Estabelecer, como estratégia para o acompanhamento e avaliação da oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica - PAB, a análise da capacidade instalada disponível e da produção de serviços efetiva de cada município habilitado, realizada pela rede situada no próprio município ou por meio de pacto explícito com gestores de municípios circunvizinhos, quanto às responsabilidades assistenciais próprias da condição de gestão Plena da Atenção Básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB/SUS 01/96.

Art. 8º. Definir que cabe às Secretarias Estaduais de Saúde, no processo de acompanhamento e de avaliação da oferta de serviços de Atenção Básica:

I - proceder à análise da adequação e suficiência das ações e procedimentos correspondentes ao Grupo Atenção Básica do SIA/SUS, ofertados por cada município habilitado à população sob sua responsabilidade;

II - elaborar relatório analítico circunstanciado, nos casos em que os municípios habilitados há mais de 3 (três) meses à condição de gestão Plena da Atenção Básica não dispuserem de oferta de serviços, próprios ou contratados a terceiros, ou não apresentarem produção, caracterizando sobrecarga aos sistemas municipais circunvizinhos;

III - apresentar o relatório em questão à Comissão Intergestores Bipartite - CIB, propondo a desabilitação do município, até que o mesmo esteja capacitado ao pleno exercício das responsabilidades próprias da condição de gestão;

IV - encaminhar cópia do relatório e da decisão da CIB sobre a desabilitação dos municípios, para conhecimento do Conselho Estadual de Saúde; e

V - desenvolver estratégias de acompanhamento e avaliação da oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica - PAB, para apoiar os municípios que apresentarem maiores dificuldades no exercício das responsabilidades próprias da condição de gestão.

Art. 9º. Definir que cabe às Comissões Intergestores Bipartite, no processo de acompanhamento e de avaliação da oferta de serviços de Atenção Básica:

I - aprovar o relatório proposto pela SES ou, se considerar necessário, realizar avaliação complementar no local e junto aos sistemas municipais circunvizinhos; e

II - avaliar as estratégias propostas pela SES de apoio aos municípios, visando à superação de suas dificuldades.

Art. 10. Recomendar que as Comissões Intergestores Bipartite desabilitem os municípios que não firmarem o Termo de Compromisso com o estado, ou que não estejam capacitados ao pleno exercício das responsabilidades assistenciais próprias da condição de gestão, por meio de oferta de ações e serviços no seu próprio território ou de pacto explícito com os gestores dos municípios circunvizinhos.

Parágrafo único. Na eventualidade da desabilitação de municípios, caberá à Secretaria Estadual de Saúde o conjunto de responsabilidades para assegurar a oferta de serviços de Atenção Básica à população dos respectivos municípios.

Art. 11. Estabelecer que ao Ministério da Saúde cabe avaliar o desempenho de cada Estado no exercício das atribuições definidas nesta Portaria, e o resultado dessa avaliação subsidiará a negociação das metas para o ano subsequente.

Parágrafo único. Os estados que alcançarem resultados positivos na avaliação realizada, após aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite, estarão habilitados a receber o Índice de Valorização de Resultados - IVR, a ser regulamentado pelo Ministério da Saúde.

Art. 12. Definir que os procedimentos desta Portaria serão adequados às peculiaridades do Distrito Federal.

Art. 13. Criar, no âmbito do Ministério da Saúde, Comissão de Acompanhamento dos Indicadores da Atenção Básica, constituída de 1 (um) representante da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Saúde/SPS e 1 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde.

§ 1º. A Coordenação da Comissão fica a cargo do Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde.

§ 2º. A formalização das indicações dos membros da Comissão será feita por meio de Portaria.

Art. 14. Estabelecer que as Secretarias Estaduais de Saúde e/ou Comissões Intergestores Bipartite que tiverem propostas de alteração dos indicadores de acompanhamento da Atenção Básica à Saúde, assim como para a estratégia dos pactos, para o ano 2000, deverão encaminhá-las à Comissão de Acompanhamento dos Indicadores da Atenção Básica, de que trata o Artigo 13 desta Portaria.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI

ANEXO I - TERMO DE COMPROMISSO - INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

UF: _____	Código: _____	Município: _____
Data :...../...../.....		

INDICADORES	DADOS DISPONÍVEIS			META PACTUADA
	1996	1997	1998	1999
1 . Cobertura Vacinal de rotina em crianças < 1 ano. I. BCG PÓLIO DPT SARAMPO				
2 . Número de notificações de casos de tétano neonatal por local de residência.				
3 . Número de notificações de casos de sarampo por local de residência.				
4 . Percentual de casos de hanseníase PB e MB curados entre os casos novos que iniciaram tratamento PQT.				
5 . Percentual de pacientes de tuberculose curados, por local de residência.				
6 . Proporção de crianças com baixo peso ao nascer.				
7 . Número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano.				
8 . Número de consultas de pré-natal por parto.				
9 . Percentual de internação por gravidez na adolescência.				
10 . Coeficiente de internação por IRA de crianças menores de 5 anos, por local de residência.				
11 . Coeficiente de internação de menores de 5 anos por desidratação, por local de residência.				
12 . Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos, por local de residência.				
13 . Coeficiente de hospitalização por acidente vascular cerebral e infarto na população de 30 a 69 anos, por local de residência.				
14 . Coeficiente de hospitalização por complicação de diabetes mellitus, por local de residência.				
15 . Cobertura vacinal anti-rábica de cães.				

Os indicadores relacionados dizem respeito ao acompanhamento de um elenco de responsabilidades assumidas pelos municípios habilitados na NOB/96 na gestão plena da atenção básica e na gestão plena do sistema, de acordo com o Manual para Organização da Atenção Básica.

.....
 Secretário Municipal de Saúde

.....
 Secretário Estadual de Saúde

ANEXO II - PLANILHA DE METAS ESTADUAIS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

UF: _____ Código: _____ Município: _____
 Data :...../...../.....

INDICADORES	DADOS DISPONÍVEIS			META PACTUADA
	1996	1997	1998	1999
1. Cobertura Vacinal de rotina em crianças < 1 ano.				
I. BCG				
PÓLIO				
DPT				
SARAMPO				
2. Número de notificações de casos de tétano neonatal por local de residência.				
3. Número de notificações de casos de sarampo por local de residência.				
4. Percentual de casos de hanseníase PB e MB curados entre os casos novos que iniciaram tratamento PQT.				
5. Percentual de pacientes de tuberculose curados, por local de residência.				
6. Proporção de crianças com baixo peso ao nascer.				
7. Número absoluto de óbitos de crianças menores de 1 ano.				
8. Número de consultas de pré-natal por parto.				
9. Percentual de internação por gravidez na adolescência.				
10. Coeficiente de internação por IRA de crianças menores de 5 anos, por local de residência.				
11. Coeficiente de internação de menores de 5 anos por desidratação, por local de residência.				
12. Coeficiente de hospitalização por doenças respiratórias agudas de idosos, por local de residência.				
13. Coeficiente de hospitalização por acidente vascular cerebral e infarto na população de 30 a 69 anos, por local de residência.				
14. Coeficiente de hospitalização por complicação de diabetes mellitus, por local de residência.				
15. Cobertura vacinal anti-rábica de cães.				

Os indicadores relacionados dizem respeito ao acompanhamento de um elenco de responsabilidades assumidas pelos municípios habilitados na NOB/96 na gestão plena da atenção básica e na gestão plena do sistema, de acordo com o Manual para Organização da Atenção Básica.

.....
 Secretário Municipal de Saúde

.....
 Secretário Estadual de Saúde

17. PORTARIA GM/MS Nº 1.077, DE 24 DE AGOSTO DE 1999 - Cria o Programa de Aquisição dos Medicamentos para a Área de Saúde Mental.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e, considerando: a Política Nacional de Medicamentos, editada na Portaria/GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS; o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no País, que impõe a necessidade de reversão do modelo de assistência vigente, com a implantação e implementação de uma rede de serviços ambulatoriais, com acessibilidade e resolubilidade garantidos; a necessidade de se estabelecer um programa contínuo, seguro e dinâmico, como parte integrante e complementar ao tratamento daqueles pacientes que necessitam de medicamentos para o controle dos transtornos mentais; a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, em reunião ordinária do dia 19 de agosto de 1999, resolve:

Art. 1º. Implantar o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal.

§ 1º. Caberá aos gestores estaduais e do Distrito Federal a coordenação da implementação do Programa em seu âmbito.

§ 2º. Os medicamentos que compõem o Programa são aqueles constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME/99, oficializada pela Portaria nº 507/GM/MS, de 23 de abril de 1999, item 10, publicada no Diário Oficial da União, nº 94 de 19 de maio de 1999, Grupo Terapêutico: Medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central.

§ 3º. Os Estados e Municípios que se integrarem ao Programa poderão adquirir, de forma complementar, por meio de recursos próprios, outros medicamentos essenciais que julgarem necessários, não previstos no elenco de que trata o parágrafo 1º.

Art. 2º. Integrarão o presente Programa, as unidades da rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental, de acordo com o estabelecido no item 2 da Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992 - Normas para o Atendimento Ambulatorial (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS).

Art. 3º. Os gestores deverão observar o estabelecido na PT/SVS nº 344, de 12 de maio de 1999, que aprovou o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial.

Art. 4º. Serão adicionados recursos financeiros, destinados a Área de Saúde Mental, àqueles já estabelecidos nas Portarias GM/MS nº 176 e 653, datadas de 8 de março de 1999 e 20 de maio de 1999, respectivamente, que regulamentam o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, visando garantir o acesso aos medicamentos essenciais de Saúde Mental, na rede pública.

Art. 5º. Os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde e as contrapartidas estaduais e do Distrito Federal, destinadas a este Programa, correspondem ao montante anual de, no mínimo, R\$27.721.938,00 (vinte e sete milhões, setecentos e vinte e um mil, novecentos e trinta e oito reais); dos quais R\$22.177.550,40 (vinte dois milhões, cento e setenta e sete mil, quinhentos e cinquenta reais e quarenta centavos), equivalente a 80% (oitenta por cento) destes recursos, serão aportados pelo Ministério da Saúde; restando o correspondente de, no mínimo, 20% (vinte por cento) dos recursos, num total de R\$5.544.387,60 (cinco milhões, quinhentos e quarenta e quatro mil, trezentos e oitenta e sete reais e sessenta centavos), como contrapartida dos Estados e Distrito Federal, conforme o Anexo I desta Portaria.

Art. 6º. Os gestores estaduais e do Distrito Federal farão jus à fração mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) da parcela federal que irá compor o valor total previsto para este Programa.

Art. 7º. Os recursos financeiros, do Ministério da Saúde, serão repassados conforme Art.6º, desta Portaria, para os fundos estaduais de saúde e do Distrito Federal.

§ 1º. As Comissões Intergestores Bipartite definirão os pactos para aquisição e distribuição dos medicamentos e/ou transferências dos recursos financeiros aos Municípios, sob qualquer forma de gestão, que possuam rede pública de atenção ambulatorial de Saúde Mental.

§ 2º. O gestor estadual se responsabilizará pelo gerenciamento do Programa e dos recursos financeiros destinados aos demais Municípios.

Art. 8º. Deverão ser cumpridas as seguintes etapas, no âmbito estadual e federal, para qualificação dos Estados e do Distrito Federal, ao recebimento dos recursos financeiros do Programa:

I - o gestor estadual deverá apresentar ao Ministério da Saúde:

- consolidado atualizado da rede pública de serviços ambulatoriais de saúde mental implantados nos seus municípios; e

- estimativa epidemiológica das patologias de maior prevalência nos serviços, objetivando a utilização racional dos psicofármacos;

II - encaminhamento à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, da Resolução aprovada pela CIB, contendo também a relação dos Municípios que possuam sob sua gestão, rede de atenção ambulatorial de Saúde Mental, e que, em conformidade com os pactos firmados, receberão recursos financeiros Fundo-a-Fundo; e

III - Homologação da qualificação do Estado, pelo Ministério da Saúde, mediante a edição de portaria específica.

Art. 9º. Os documentos constantes do art. 8º deverão ser enviados à Assessoria de Assistência Farmacêutica, do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, da Secretaria de Políticas de Saúde, até o dia 20 (vinte) de cada mês, para inclusão no mesmo mês de competência.

Art. 10. Será constituído grupo técnico-assessor, vinculado às Áreas Técnicas de Assistência Farmacêutica e de Saúde Mental, do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas - DGPE, da Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, do Ministério da Saúde - MS, para análise e acompanhamento da implementação do Programa, avaliando o impacto dos resultados na reestruturação do modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais.

Art. 11. A comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas Estaduais e do Distrito Federal constará do Relatório de Gestão Anual, e as prestações de contas devem ser aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 12. O Consolidado Estadual dos Serviços de Atenção à Saúde Mental, aprovado pela CIB, deverá ser encaminhado, anualmente, até o dia 30 de setembro à Assessoria de Assistência Farmacêutica, do DGPE/SPS/MS, visando à manutenção dos recursos federais ao Programa relativo ao ano posterior.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência agosto de 1999.

JOSÉ SERRA

1 8. PORTARIA GM/MS Nº 1.399, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999 - Cria o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle das Doenças.

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde - SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; e considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996; considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária de 9 e 10 de junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças; considerando a aprovação dessa Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 25 de novembro de 1999, resolve:

Capítulo I - Das Competências

Seção I - Da União

Art. 1º. Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

- I** - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;
- II** - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos estados;
- III** - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual;
- IV** - definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada - PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- V** - normatização técnica;
- VI** - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;
- VII** - provimento dos seguintes insumos estratégicos:
 - a) imunobiológicos;
 - b) inseticidas;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico).

VIII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nesta Portaria;

IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;

b) consolidação dos dados provenientes dos estados;

c) retroalimentação dos dados.

X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação - IEC, de abrangência nacional;

XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;

XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde - SMS e Secretarias Estaduais de Saúde - SES;

XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;

XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde - SMS na elaboração da PPI-ECD de cada estado;

XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - RNLSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes; e

XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Seção II - Dos Estados

Art. 2º. Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;

- II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos municípios;
- III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;
- IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;
- V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Programação Pactuada Integrada - PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;
- VI - assistência técnica aos municípios;
- VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;
- VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:
 - a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;
 - b) equipamentos de proteção individual;
 - c) seringas e agulhas;
 - d) óleo de soja; e
 - e) equipamentos de aspersão de inseticidas.
- IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;
- X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:
 - a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;
 - b) envio dos dados ao nível federal, regularmente dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
 - c) análise dos dados; e
 - d) retroalimentação dos dados.
- XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação - IEC de abrangência estadual;
- XIII - capacitação de recursos humanos;
- XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;
- XVI - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças realizadas pelos municípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, mercúrio e benzeno;

XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública - RELSP, nos aspectos relativos a vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XIX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública.

XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

XXI - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações.

Seção III - Dos Municípios

Art. 3º. Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;

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

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

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;

VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;

VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;

IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;

XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

XII - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XIII - vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna;

XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retro-alimentação dos dados.

XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada - PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Seção IV - Do Distrito Federal

Art. 4º. A gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e municípios.

Capítulo II - Da Programação e Acompanhamento

Art. 5º. As ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, que será elaborada a partir do seguinte processo:

I - a FUNASA estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite - CIB de todas unidades da federação estabeleçam a PPI-ECD

estadual, especificando para cada atividade proposta o gestor que será responsável pela sua execução.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela FUNASA.

Art. 6º. As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da FUNASA, MS e órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

Capítulo III - Da Certificação

Art. 7º. São condições para a certificação dos Estados e Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças:

- a) formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;
- b) apresentação da PPI-ECD para o estado, aprovada na CIB;
- c) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 8º. A solicitação de certificação dos Estados e Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela FUNASA e encaminhada para deliberação na CIT;

Art. 9º. Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica - PAB ou Plena de Sistema Municipal - PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças mediante:

- a) formalização do pleito pelo gestor municipal;
- b) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;
- c) programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 10. A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 11. As solicitações de municípios aprovadas na CIB serão encaminhadas para análise da FUNASA e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 12. Quando julgado necessário, a FUNASA poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria in loco, para efeito de certificação.

Capítulo IV - Do Financiamento

Art. 13. O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD de cada unidade da federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV, do Capítulo I, desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde.

Art. 14. As unidades da federação serão estratificadas da seguinte forma:

- a) Estrato I - Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins;
- b) Estrato II - Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- c) Estrato III - Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul

Art. 15. O TFECD de cada unidade da federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

- a) valor per capita multiplicado pela população de cada unidade da federação;
- b) valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da federação;
- c) contrapartidas do estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.

§ 1º. As contrapartidas de que trata a alínea “c” deverão ser para os estratos I, II e III de, respectivamente, no mínimo, 20%, 30% e 40% calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nas alíneas “a” e “b” e da parcela de que trata o § 1º do artigo 17, desta Portaria.

§ 2º. Para efeito do disposto neste artigo os dados relativos a população e área territorial de cada unidade da federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Art. 16. A Comissão Intergestores Bipartite, baseada na PPI/ECD e observado o TFECD estabelecido, informará à Fundação Nacional de Saúde, o montante a ser repassado a cada Município para execução das ações programadas, que após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o caput deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art. 17. Os municípios certificados na forma estabelecida nos arts. 9 a 11 desta Portaria, não poderão perceber valores per capita inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da federação correspondente.

§ 1º. Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º, desta Portaria, será estabelecido, na forma definida no artigo 13, um valor per capita que multiplicado pela população do Município, observado o estrato a que pertença, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 2º. O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 18. O repasse dos recursos federais do TFECED será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados integralmente junto com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

Capítulo V - Das Penalidades

Art. 19. O cancelamento da certificação com a conseqüente suspensão do repasse dos recursos de que trata o artigo anterior será aplicável nos seguintes casos:

I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD;

II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;

III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos; e

IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados).

§ 1º. Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, e ouvida a CIB, a FUNASA, com base em parecer técnico fundamentado, submeterá a proposta de cancelamento à CIT.

§ 2º. O cancelamento da certificação, observado os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.

§ 3º. As atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças correspondentes serão assumidas:

a) pelo estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou

b) pela FUNASA, em caso de cancelamento da certificação de estado.

Art. 20. Além do cancelamento de que trata o artigo anterior os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;

II - instauração de tomada de contas especial;

III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;

IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;

V - comunicação à Câmara Municipal; e

VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso.

Capítulo VI - Das Disposições Gerais

Art. 21. Será descentralizada, da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, para os estados, municípios e Distrito Federal, a execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças definidas como atribuições específicas desses níveis de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com as disposições estabelecidas nesta Portaria.

Parágrafo único. Incluem-se no disposto no caput deste artigo as ações relativas às doenças abaixo especificadas:

a) Malária;

b) Leishmanioses;

c) Esquistossomose;

d) Febre Amarela e Dengue;

e) Tracoma;

f) Doença de Chagas;

g) Peste;

h) Filariose; e

i) Bócio;

Art. 22. Para maior efetividade na consecução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, por parte dos estados, municípios e Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, preferencialmente que esta estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde;

II - integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;

III - incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família - PSF; e

IV - integrar as atividades laboratoriais dos Laboratórios Centrais - LACEN e da rede conveniada ou contratada com o SUS, às ações de epidemiologia e controle de doenças.

Capítulo VII - Das Disposições Transitórias

Art. 23. Durante o período de transição, até ser completada a descentralização das ações

atualmente executadas pela FUNASA, serão observadas as seguintes regras:

I - será constituída, em cada unidade da federação, uma Comissão para Descentralização das Ações de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, com participação da FUNASA, SES e COSEMS, que apresentará um Plano de Descentralização detalhado para o estado, a ser aprovado na CIB, contemplando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) cronograma de descentralização das atividades;
- b) quantitativo e alocação de recursos humanos; e
- c) bens móveis e imóveis a serem transferidos.

II - a programação de atividades em controle de doenças transmitidas por vetores deverá ser elaborada em conjunto entre a FUNASA e Secretaria Estadual de Saúde e aprovada na CIB.

Capítulo VIII - Das Disposições Finais

Art. 24. Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a Fundação Nacional de Saúde se caracterize como melhor árbitro.

Art. 25. A FUNASA repassará para a Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, conforme deliberado na CIB, para uso específico nas atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças, as instalações e equipamentos atualmente utilizados nestas atividades, de acordo com definição conjunta entre a FUNASA e cada SES, preservando as instalações necessárias para o desempenho das atribuições que continuarão com as Coordenações Regionais.

Parágrafo Único - Os atuais Distritos Sanitários da FUNASA serão compatibilizados com as estruturas regionais existentes nas SES para garantirem a continuidade do funcionamento quando suas instalações e equipamentos forem repassados.

Art. 26. Os recursos humanos lotados nas Coordenações Regionais da FUNASA, incluindo os Distritos Sanitários, que executam ações de controle de doenças transmitidas por vetores, estarão disponíveis para serem cedidos à SES ou SMS, conforme deliberado na CIB, independentemente da sua situação de cessão atual, que poderá ser revogada, excetuando-se o quantitativo definido como necessário para as atividades que permanecerão executadas pelas Coordenações Regionais da FUNASA, inclusive aquelas efetivadas por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 1º. No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a FUNASA submeterá a avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da evolução da força de trabalho alocada a cada unidade da federação, nos termos do caput deste artigo.

considerados, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) aposentadoria de servidores;
- b) incorporação de atividades ao PACS e PSF; e
- c) aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 2º. Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata o parágrafo anterior, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da FUNASA, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os estados e municípios.

Art. 27. Os recursos humanos cedidos para as SES e SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela FUNASA, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem assim a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

Art. 28. A FUNASA, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2000, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

Art. 29. As SES serão responsáveis pela realização de exames de controle de intoxicação, para os agentes de controle de endemias cedidos que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Art. 30. A FUNASA estabelecerá critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

§ 1º. Mediante o envio pela SES da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo, a FUNASA realizará o pagamento devido.

§ 2º. Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será incorporado ao TFECD, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

Art. 31. Fica delegada competência ao Presidente da FUNASA para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

19. LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000 - Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Capítulo I - Da criação e da competência

Art. 1º. É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro/RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida a ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º. Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3º. A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4º. Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestador de serviço às operadoras;

- V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro de produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;
- XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim, ouvidos previamente os órgãos do sistema de defesa da concorrência, sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário;

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologia e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização de funcionamento;

XXXV - promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar; e

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.

§ 1º. A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de cinco mil Ufir, podendo ser aumentada em até vinte vezes se necessário para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

§ 2º. As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da

operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.
§ 3º. O Presidente da República poderá determinar que os reajustes e as revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, que trata o inciso XVII, sejam autorizados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Fazenda e da Saúde.

Capítulo II - Da estrutura organizacional

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

Art. 6º. A gestão da ANS será exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente.

Parágrafo único. Os Diretores serão brasileiros, indicados e nomeados pelo Presidente da República após aprovação prévia pelo Senado Federal, nos termos do art. 52, III, “f”, da Constituição Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução.

Art. 7º. O Diretor-Presidente da ANS será designado pelo Presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada, e investido na função por três anos, ou pelo prazo restante de seu mandato, admitida uma única recondução por três anos.

Art. 8º. Após os primeiros quatro meses de exercício, os dirigentes da ANS somente perderão o mandato em virtude de:

- I - condenação pena transitada em julgado;
- II - condenação em processo administrativo, a ser instaurado pelo Ministro de Estado da Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa;
- III - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; e
- IV - descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão de que trata o Capítulo III desta Lei.

§ 1º. Instaurado processo administrativo para apuração de irregularidades, poderá o Presidente da República, por solicitação do Ministro de Estado da Saúde, no interesse da Administração, determinar o afastamento provisório do dirigente, até a conclusão.

§ 2º. O afastamento de que trata o § 1º não implica prorrogação ou permanência no cargo além da data inicialmente prevista para o término do mandato.

Art. 9º. Até doze meses após deixar o cargo, é vedado a ex-dirigente da ANS:

- I - representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência, excetuando-se os interesses próprios relacionados a contrato particular de assistência à saúde suplementar, na condição de contratante ou consumidor; e
- II - deter participação, exercer cargo ou função em organização sujeita à regulação da ANS.

Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:

- I - exercer a administração da ANS;
- II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;
- III - aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada Diretor;
- IV - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;
- V - elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;
- VI - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados; e
- VII - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.

§ 1º. A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal.

§ 2º. Dos atos praticados pelos Diretores da Agência caberá recurso à Diretoria Colegiada.

§ 3º. O recurso a que se refere o § 2º terá efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

Art. 11. Compete ao Diretor-Presidente:

- I - representar legalmente a ANS;
- II - presidir as reuniões da Diretoria Colegiada;
- III - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;
- IV - decidir nas questões de urgência ad referendum da Diretoria Colegiada;
- V - decidir, em caso de empate, nas deliberações da Diretoria Colegiada;
- VI - nomear ou exonerar servidores, provendo os cargos efetivos, em comissão e funções de confiança, e exercer o poder disciplinar, nos termos da legislação em vigor;
- VII - encaminhar ao Ministério da Saúde e ao Consu os relatórios periódicos elaborados pela Diretoria Colegiada; e
- VIII - assinar contratos e convênios, ordenar despesas e praticar os atos de gestão necessários ao alcance dos objetivos da ANS.

Art. 12. São criados os cargos em comissão de Natureza Especial, do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e os Cargos Comissionados de Saúde Suplementar - CCSS, com a finalidade de integrar a estrutura da ANS, relacionados no Anexo I desta Lei.

§ 1º. Os cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS serão exercidos, preferencialmente, por integrantes do quadro de pessoal da autarquia.

§ 2º. Do total de CCSS, no mínimo noventa por cento são de ocupação exclusiva de empregados do quadro efetivo, cabendo à Diretoria Colegiada dispor sobre o provimento dos dez por cento restantes.

§ 3º. Enquanto não estiverem completamente preenchidas as vagas do quadro de pessoal efetivo da ANS, os cargos de que trata o caput poderão ser ocupados por pessoal requisitado de outros órgãos e entidades da administração pública, devendo essa ocupação ser reduzida no prazo máximo de cinco anos.

§ 4º. O servidor ou empregado investido em CCSS perceberá os vencimentos do cargo efetivo, acrescidos do valor do cargo comissionado para o qual tiver sido designado.

§ 5º. Cabe à Diretoria Colegiada dispor sobre a realocação dos quantitativos e distribuição dos CCSS dentro de sua estrutura organizacional, observados os níveis hierárquicos, os valores de retribuição correspondentes e o respectivo custo global estabelecidos no Anexo I.

§ 6º. A designação para CCSS é inacumulável com a designação ou nomeação para qualquer outra forma de comissionamento, cessando o seu pagamento durante as situações de afastamento do servidor, inclusive aquelas consideradas de efetivo exercício, ressalvados os períodos a que se referem os incisos I, IV, VI e VIII do art. 102 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com as alterações da Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997.

Art. 13. A Câmara de Saúde Suplementar será integrada:

I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;

III - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:

a) da Fazenda;

b) da Previdência e Assistência Social;

c) do Trabalho e Emprego;

d) da Justiça; e

e) da Saúde;

IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:

a) Conselho Nacional de Saúde;

b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;

c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;

d) Conselho Federal de Medicina;

e) Conselho Federal de Odontologia;

f) Conselho Federal de Enfermagem;

g) Federação Brasileira de Hospitais;

h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;

i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;

j) Confederação Nacional da Indústria;

l) Confederação Nacional do Comércio;

m) Central Única dos Trabalhadores;

n) Força Sindical; e

o) Social Democracia Sindical;

V - por um representante de cada entidade a seguir indicada:

a) de defesa do consumidor;

b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;

c) do segmento de autogestão de assistência à saúde;

d) das empresas de medicina de grupo;

e) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;

f) das empresas de odontologia de grupo;

g) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; e

h) das entidades de portadores de deficiência e de patologia especiais.

§ 1º. Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS.

§ 2º. As entidades de que trata as alíneas do inciso V escolherão entre si dentro de cada categoria o seu representante e respectivo suplente na Câmara de Saúde Suplementar.

Capítulo III - Do contrato de gestão

Art. 14. A administração da ANS será regida por um contrato de gestão, negociado entre seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, no prazo máximo de cento e vinte dias seguintes à designação do Diretor-Presidente da autarquia.

Parágrafo único. O contrato de gestão estabelecerá os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho.

Art. 15. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro de Estado da Saúde.

Capítulo IV - Do patrimônio, das receitas e da gestão financeira

Art. 16. Constituem patrimônio da ANS os bens e direitos de sua propriedade, os que lhe forem conferidos ou os que venham a adquirir ou incorporar.

Art. 17. Constituem receitas da ANS:

I - o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar de que trata o art. 18;

II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;

III - o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras;

IV - o produto da execução da sua dívida ativa;

V - as dotações consignadas no Orçamento-Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos;

VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais;

VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;

VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;

IX - o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações;

X - os valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas neste artigo, na forma definida pelo Poder Executivo; e

XI - quaisquer outras receitas não especificados nos incisos I a X deste artigo.

Parágrafo único. Os recursos previstos nos incisos I a IV e VI a XI deste artigo serão creditados diretamente à ANS, na forma definida pelo Poder Executivo.

Art. 18. É instituída a Taxa de Saúde Suplementar, cujo fato gerador é o exercício pela ANS do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.

Art. 19. São sujeitos passivos da Taxa de Saúde Suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica.

Art. 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:

I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei; e

II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.

§ 1º. Para fins do cálculo do número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I deste artigo, não serão incluídos os maiores de sessenta anos.

§ 2º. Para fins do inciso I deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho,

setembro e dezembro e de acordo com o disposto no regulamento da ANS.

§ 3º. Para fins do inciso II deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida quando da protocolização do requerimento e de acordo com o regulamento da ANS.

§ 4º. Para fins do inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes ao produto ou à operadora que não produzam conseqüências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus isenção ou redução da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 5º. Até 31 de dezembro de 2000, os valores estabelecidos no Anexo III desta Lei sofrerão um desconto de 50% (cinquenta por cento).

Art. 21. A Taxa de Saúde Suplementar não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês; e

II - multa de mora de 10% (dez por cento).

Parágrafo único. Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

Art. 22. A Taxa de Saúde Suplementar será devida a partir de 1º de janeiro de 2000.

Art. 23. A Taxa de Saúde Suplementar será recolhida em conta vinculada à ANS.

Art. 24. Os valores cuja cobrança seja atribuída por lei à ANS e apurados administrativamente, não recolhidos no prazo estipulado, serão inscritos em dívida ativa da própria ANS e servirão de título executivo para cobrança judicial na forma da lei.

Art. 25. A execução fiscal da dívida ativa será promovida pela Procuradoria da ANS.

Capítulo V - Das disposições finais e transitórias

Art. 26. A ANS poderá contratar especialistas para a execução de trabalhos nas áreas técnica, científica, administrativa, econômica e jurídica, por projetos ou prazos limitados, observada a legislação em vigor.

Art. 27. A ANS poderá requisitar, com ônus e para ocupação de cargos comissionados, servidores e empregados de órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal.

Parágrafo único. Durante os primeiros trinta e seis meses subseqüentes à sua instalação, a ANS poderá:

- I - requisitar servidores e empregados de órgãos e entidades públicos, independentemente da função ou atividade a ser exercido; e
- II - complementar a remuneração do servidor ou empregado requisitado, até o limite da remuneração do cargo efetivo ou emprego ocupado no órgão ou na entidade de origem, quando a requisição implicar redução dessa remuneração.

Art. 28. Nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, é a ANS autorizada a efetuar contratação temporária por prazo não excedente a trinta e seis meses, a contar de sua instalação.

§ 1º. Para os fins do disposto no caput deste artigo, são consideradas necessidades temporárias de excepcional interesse público as atividades relativas à implementação, ao acompanhamento e à avaliação de atividades, projetos e programas de caráter finalístico na área de regulação da saúde suplementar, supor administrativo e jurídico imprescindíveis à implantação da ANS.

§ 2º. A contratação de pessoal temporário poderá ser efetivada à vista de notória capacidade técnica ou científica do profissional, mediante análise do curriculum vitae.

§ 3º. As contratações temporárias serão feitas por tempo determinado e observado o prazo máximo de doze meses, podendo ser prorrogadas desde que sua duração não ultrapasse o termo final da autorização de que trata o caput.

§ 4º. A remuneração do pessoal contratado temporariamente terá como referência valores definidos em ato conjunto da ANS e do órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administrativo Federal - Sipec.

§ 5º. Aplica-se ao pessoal contratado temporariamente pela ANS o disposto nos artigos 5º e 6º, no parágrafo único do art. 7º, nos artigos 8º, 9º, 10,11, 12 e 16 da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993.

Art. 29. É vedado à ANS requisitar pessoal com vínculo empregatício ou contratual junto a entidades sujeitas à sua ação reguladora, bem assim os respectivos responsáveis, ressalvada a participação em comissões de trabalho criadas com fim específico, duração determinada e não integrantes da sua estrutura organizacional.

Parágrafo único. Excetuam-se da vedação prevista neste artigo os empregados de empresas públicas e sociedades de economia mista que mantenham sistema de assistência à saúde na modalidade de autogestão.

Art. 30. Durante o prazo máximo de cinco anos, contado da data de instalação da ANS, o exercício da fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde poderá ser realizado por contratado, servidor ou empregado requisitado ou pertencente ao Quadro da Agência ou do Ministério da Saúde, mediante designação da Diretoria Colegiada, conforme dispuser o regulamento.

Art. 31. Na primeira gestão da ANS, visando implementar a transição para o sistema de mandatos não coincidentes, as nomeações observarão os seguintes critérios:

I - três diretores serão nomeados pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Saúde; e

II - dois diretores serão nomeados na forma do parágrafo único do art. 6º desta Lei.

§ 1º. Dos três diretores referidos no inciso I deste artigo, dois serão nomeados para mandato de quatro anos e um, para mandato de três anos.

§ 2º. Dos dois diretores referidos no inciso II deste artigo, um será nomeado para mandato de quatro anos e o outro, para mandato de três anos.

Art. 32. É o Poder Executivo autorizado a:

I - transferir para a ANS o acervo técnico e patrimonial, as obrigações, os direitos e as receitas do Ministério da Saúde e de seus órgãos, necessários ao desempenho de suas funções;

II - remanejar, transferir ou utilizar os saldos orçamentários do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional de Saúde para atender as despesas de estruturação e manutenção da ANS, utilizando como recursos as dotações orçamentárias destinadas às atividades finalísticas e administrativas, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei Orçamentária em vigor; e

III - sub-rogar contratos ou parcelas destes relativos à manutenção, instalação e funcionamento da ANS.

Parágrafo único. Até que se conclua a instalação da ANS, são o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde, incumbidos de assegurar o suporte administrativo e financeiro necessário ao funcionamento da Agência.

Art. 33. A ANS poderá designar servidor ou empregado da Administração Pública Federal, direta ou indireta, para exercer o encargo de diretor fiscal, diretor técnico ou liquidante de operadora de plano de assistência à saúde com remuneração equivalente à do cargo em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, de nível 5.

Art. 34. Aplica-se à ANS o disposto nos artigos 54 a 58 da Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997.

Art. 35. Aplica-se à ANS o disposto no art. 24, parágrafo único, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, alterado pela Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998.

Art. 36. São estendidas à ANS, após a assinatura e enquanto estiver vigendo o contrato de gestão, as prerrogativas e flexibilidades de gestão previstas em lei, regulamentos e atos normativos para as Agências Executivas.

Art. 37. Até a efetiva implementação da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar instituída por esta Lei poderá ser recolhida ao Fundo Nacional de Saúde, a critério da Diretoria Colegiada.

Art. 38. A Advocacia-Geral da União e o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Consultoria Jurídica, mediante comissão conjunta, promoverão, no prazo de cento e oitenta dias, levantamento dos processos judiciais em curso, envolvendo matéria cuja competência tenha sido transferida à ANS, a qual substituirá a União nos respectivos processos.

§ 1º. A substituição a que se refere o caput, naqueles processos judiciais, será requerida mediante petição subscrita pela Advocacia-Geral da União, dirigida ao Juízo ou Tribunal competente, requerendo a intimação da Procuradoria da ANS para assumir o feito.

§ 2º. Enquanto não operada a substituição na forma do § 1º, a Advocacia-Geral da União permanecerá no feito, praticando todos os atos processuais necessários.

Art. 39. O disposto nesta Lei aplica-se, no que couber, aos produtos de que tratam o inciso I e o

§ 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, bem assim às suas operadoras.

Art. 40. O Poder Executivo, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, enviará projeto de lei tratando da matéria objeto da presente Lei, inclusive da estrutura física e do funcionamento da ANS.

Art. 41. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de janeiro de 2000; 179º da Independência e 122º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Serra

20. PORTARIA GM/MS Nº 956, DE 25 DE AGOSTO DE 2000 - Regulamenta a Assistência Farmacêutica Básica sobre a utilização dos recursos do Incentivo.

Regulamenta a Portaria GM/MS nº 176, de 8/3/99, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e, considerando a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS nº 3.916, de 15/12/98), que estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais, do Sistema Único de Saúde - SUS; considerando o artigo 1º da Portaria GM/MS nº 176/99, que estabelece que o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica será financiado pelos três gestores, e que a transferência dos recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal; considerando a definição dos valores das contrapartidas pactuados nas Comissões Intergestores Bipartites - CIB; considerando o § 4º do artigo 2º da Portaria GM/MS nº 176/99, que estabelece a necessidade da comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas estadual e municipal, que deverá constar do Relatório de Gestão Anual, com as prestações de contas devidamente aprovadas pelos Conselhos de Saúde; considerando o item I do artigo 4º da Portaria GM/MS nº 176/99, que condiciona o repasse de recursos financeiros à aprovação, pela CIB, de um elenco de medicamentos para a assistência farmacêutica básica, resolve:

Art. 1º. Os recursos financeiros destinados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica devem ser movimentados na conta de transferência dos recursos do Piso de Atenção Básica do Fundo Municipal de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde, conforme a Portaria/GM/MS 2.939, de 12 de junho de 1998, e de acordo com os pactos estabelecidos na CIB.

Parágrafo único. Os estados e municípios deverão depositar suas respectivas contrapartidas no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o repasse federal.

Art. 2º. As Secretarias Estaduais de Saúde poderão, desde que aprovado pela CIB, disponibilizar a contrapartida estadual em medicamentos básicos do elenco pactuado.

Parágrafo único. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão pactuar com os municípios os itens e os prazos para entrega dos medicamentos referentes à contrapartida estadual.

Art. 3º. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão pactuar com o municípios os itens e os prazos para a entrega dos medicamentos quando a totalidade dos recursos, federal, estadual e municipal, para aquisição dos medicamentos da assistência farmacêutica básica, estiver sob sua gestão.

Art. 4º. O Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, deverá conter, além do que dispõe a Portaria/GM/MS 176, um elenco de medicamentos básicos que atenda ao quadro de doenças prevalentes no âmbito regional e nacional e deverá estar fundamentado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME.

Parágrafo único. A Comissão Intergestores Tripartite definirá, no prazo de 60 dias, elenco mínimo de medicamentos visando atender às prioridades nacionais da assistência farmacêutica básica e dar subsídios à elaboração dos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica Básica, competência 2001, conforme o artigo 8º da Portaria/GM/MS 176/99.

Art. 5º. As Secretarias Municipais de Saúde deverão elaborar um relatório trimestral de movimentação de recursos financeiros, conforme o Anexo A, que será encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde para avaliação e consolidação das informações.

Art. 6º. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão informar à Secretaria de Políticas de Saúde, por meio do relatório no anexo B, a movimentação financeira, a relação das aquisições de medicamentos correspondentes à contrapartida estadual ou a relação das aquisições de medicamentos conforme o art. 3º desta Portaria.

Art. 7º. O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Políticas de Saúde realizará, rotineiramente, a supervisão, o acompanhamento e a avaliação da aplicação do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica nos estados.

Parágrafo único. Caberá aos estados o acompanhamento, o controle e a avaliação da aplicação do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica nos municípios.

Art. 8º. O repasse federal dos recursos da assistência farmacêutica básica será automaticamente suspenso nas seguintes situações:

- a) constatação de irregularidades na utilização dos recursos do incentivo;
- b) atraso de mais de 45 (quarenta e cinco) dias na apresentação do relatório de que tratam os artigos 5º e 6º desta Portaria; e
- c) descumprimento da Portaria GM/MS nº 176/99;

Parágrafo único. O repasse dos recursos financeiros para os estados e municípios será restabelecido tão logo seja regularizada a situação que motivou a suspensão.

Art. 9º. Alterar o artigo 8º da Portaria/GM/MS 176/99, fixando o prazo de 30 de outubro para a entrega do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica.

Art.10. O Conselho Nacional e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde deverão ser informados quanto ao cumprimento dos dispositivos desta portaria.

Art. 11. A modificação dos pactos na CIB só poderá ocorrer após 180 dias da aprovação da última pactuação.

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

JOSÉ SERRA

ANEXO A - RELATÓRIO TRIMESTRAL DE MOVIMENTAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO

Município:

Código IBGE:

Data:

(em R\$)

Período trimes- tre	S a l d o Anterior (a)	Recursos Federais (b)	Recursos Estaduais (c)	Recursos Municipai s(d)	Fonte de Compro- v a ç ã o (Bancária ouNota de Empenho)	Total dos Recursos Disponíveis (e) = (a+b+c+d)	Recurso Aplicado (f)	Fonte de Comprova ção (Nota de Empenho)	Saldo (e) - (f)
total									

Observações:

1. Preencher todas as colunas somente no caso da forma de pactuação ser da aquisição de medicamentos totalmente descentralizada no município.
2. Para a forma de pactuação parcialmente descentralizada no município (na qual a contrapartida estadual é feita em medicamentos), não é necessário informar na coluna “c” (recursos estaduais).
3. Para a forma de pactuação totalmente centralizada no estado, informar somente o repasse de recursos ao estado na coluna “d” (recursos municipais).
4. Para a forma de pactuação parcialmente centralizada no estado, informar somente a aquisição de medicamentos na coluna “d” (recursos municipais). Esta observação é aplicada, também, para os municípios não habilitados em algum tipo de gestão, que adquirem medicamentos diretamente, nos valores referentes à sua contrapartida.

ANEXO B - RELATÓRIO TRIMESTRAL DE MOVIMENTAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DO ESTADO

Estado:

Código IBGE:

Data:

(em R\$)

Período trimestre	Saldo Anterior (a)	Recursos Federais (b)	Recursos Estaduais (c)	Recursos Municipais (d)	Fonte de Comprovação (Bancária ou Nota de Empenho)	Total dos Recursos Disponíveis (e) = (a+b+c+d)	Recurso Aplicado (f)	Fonte de Comprovação (Nota de Empenho)	Saldo (e) - (f)
total									

Observações:

1. Preencher todas as colunas somente no caso da forma de pactuação ser da aquisição de medicamentos totalmente centralizada no Estado.
2. Para a forma de pactuação parcialmente centralizada no estado (na qual a contrapartida municipal é feita em medicamentos), não é necessário informar na coluna “d” (recursos municipais).
3. Para a forma de pactuação totalmente descentralizada no município, informar somente o repasse de recursos aos municípios na coluna “c” (recursos estaduais).

21. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2000

Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

AS MESAS DA CÂMARA DOS DEPUTADOS E DO SENADO FEDERAL, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

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

“Art. 34.”

“VII - “

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

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

“Art. 35.”

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

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

“Art. 156.”

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

“I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e”

“II - ter alíquotas diferentes de acordo com localização e o uso do imóvel.”

“.....”

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

“Art. 160.”

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

I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;

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

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

“Art.167.”

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

“.....”

Art. 6º. O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos:

“Art.198.”

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

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

“**I** - no caso da União, na forma definida nos termos da Lei Complementar prevista no § 3º;”

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

“**III** - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso 1, alínea b e § 3º.”

“**§ 3º** Lei Complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:”

“**I** - os percentuais de que trata o § 2º;”

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

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

“**IV** - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.”

Art. 7º. O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77: “Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:”

“**I** - no caso da União:

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

b) no ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;”

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

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

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

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

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

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

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

22. PORTARIA GM/MS Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001 - Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

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

considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde - SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica - SUS 01/96, de 5 de novembro de 1996;

considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, e considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 15 de dezembro de 2000, resolve:

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

Art. 2º. Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB, bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica.

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

JOSÉ SERRA

ANEXO - NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS/SUS 01/2001

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

A experiência acumulada, à medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde/SUS. Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente quando do processo de discussão da NOB 96, entre dezembro de 1995 e novembro de 1996, mas situavam-se em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o Ministério da Saúde - MS, o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo.

Agregava-se a este cenário a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

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

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

Capítulo I - Regionalização

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

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

I.1 - DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

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

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

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

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

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;

- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

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

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

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

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

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

C) Município-sede do módulo assistencial - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I.2 - DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

6. Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPABA.

6.1. Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no Anexo 1 desta Norma.

6.2. As ações de que trata o Anexo 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico, como um componente

essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.

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

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

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

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

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

I. 3 - DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7. Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.3. O processo de qualificação das microrregiões na assistência à saúde será detalhado em regulamentação complementar da Secretaria de Assistência à Saúde, a ser submetida à

Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma.

10. A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a:

A) apresentação pelo gestor estadual do Plano Diretor de Regionalização do estado, aprovado na CIB e CES incluindo o desenho de todas as microrregiões;

B) apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: (i) municípios que compõem a microrregião; (ii) definição dos módulos assistenciais existentes, com explicitação de sua área de abrangência e do município-sede de cada módulo; (iii) vinculação de toda a população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais existentes cubram toda a população do estado.

C) habilitação do(s) município(s)- sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

D) comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada;

E) apresentação do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado entre cada município-sede e o estado, em relação ao atendimento da população referenciada por outros municípios a ele adscritos.

11. Após a qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente aos procedimentos listados no Anexo 3 desta Norma destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos fundo a fundo ao município sede de cada módulo assistencial, sendo que a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos Itens 30 e 31 - Capítulo II desta Norma.

11.1. Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

I. 4 - DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

12. A Atenção de Média Complexidade - MC compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13. Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma, que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

13.1. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

13.2. A Secretaria de Assistência à Saúde elaborará, em 30 (trinta) dias, instrumentos de subsídio à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção, cuja regulamentação específica será submetida à aprovação da CIT.

14. O processo de Programação Pactuada e Integrada/PPI, coordenado pelo gestor estadual, cujas diretrizes são apresentadas nos Itens 24 a 27 - Capítulo II desta Norma representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

14.1. A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

14.2. A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações

ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

14.3. A programação de internações hospitalares deve compreender: a utilização de critérios objetivos que considerem a estimativa de internações necessárias para a população, a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH, bem como os fluxos de referência entre municípios para internações hospitalares.

14.4. A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, tratado no Item 30 - Capítulo II desta Norma implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

15. Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção 1.3 - Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

15.1. O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

15.2. Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I. 5 - DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

16. A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de

procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamento das ações.

16.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal.

17. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do Estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

- A) a definição da alocação de recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência/TFA do Estado para cada área de alta complexidade;
- B) a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do Estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;
- C) a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;
- D) a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;
- E) a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;
- F) a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;
- G) os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;
- H) a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;
- I) o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade; e
- J) a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

18. Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo,

quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

- A) a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;
- B) realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;
- C) condução do processo de contratação;
- D) autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);
- E) definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais; e
- F) controle, a avaliação e a auditoria de serviços.

18.1. Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica/GPAB ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada /GPBA que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade, são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar tais funções aos gestores municipais.

19. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo foram definidos por meio da Portaria SAS nº 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 1 de junho de 2000.

20. O financiamento da alta complexidade se dará de duas formas:

- A) parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação;
- B) parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, ou de outro mecanismo que venha a substituí-lo com a mesma finalidade e que será gerenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica, a ser estabelecida, no prazo de 60 (sessenta) dias, em ato conjunto da SE e SAS.

21. O Ministério da Saúde/MS definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

22. A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo - alta

densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

22.1. A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

23. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria de Estado da Saúde/SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

Capítulo II - Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS

II.1 - DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

24. Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

24.1. As unidades da federação deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada/PPI, cujo conteúdo será apresentado em regulamentação específica.

24.2. As unidades da federação poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades e de informações detalhadas acerca da PPI, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

24.3. A Secretaria de Assistência à Saúde, por intermédio do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, deverá apresentar à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias, documento de proposição das diretrizes e princípios orientadores, metodologia e parâmetros referenciais de cobertura e outros instrumentos específicos de apoio à programação da assistência ambulatorial e hospitalar.

25. Cabe à SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

A) que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros

de programação, em sintonia com a Agenda de Compromissos e Metas Nacionais, sejam discutidos com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

B) a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelas necessidades dos prestadores de serviços;

C) a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de pactuação e alocação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências;

D) a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades sobre as diversas unidades assistenciais de forma coerente com as condições de habilitação e qualificação.

26. A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

26.1. Define-se limite financeiro da assistência por município como o limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

26.2. Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

26.3. Os municípios habilitados ou que vierem se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada, conforme detalhado no Item 30 - Capítulo II e no Anexo 4 desta Norma.

26.4. Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas nos Itens 31 e 32 - Capítulo II e no Anexo 4 desta Norma.

27. A SES deverá obrigatoriamente encaminhar ao Ministério da Saúde, em prazo a ser estabelecido pela SAS/MS, os seguintes produtos do processo de programação da assistência:

A) publicação no Diário Oficial do Estado do limite financeiro global da assistência por municípios do estado, independente de sua condição de gestão, composto por uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município e uma parcela correspondente às referências intermunicipais;

B) definição de periodicidade e métodos de revisão dos limites financeiros municipais aprovados, que pode se dar em função de: incorporação de novos recursos ao limite financeiro estadual, mudanças na capacidade instalada de municípios, remanejamento de referências entre municípios; imposição pelo Município-pólo de barreiras ao acesso da população encaminhada por outros municípios, que colidam com as referências intermunicipais negociadas, entre outros motivos.

II. 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

28. O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

29. A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

30. Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, cuja forma é apresentada no Anexo 4 desta Norma.

30.1. O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

30.2. A padronização dos instrumentos que correspondem aos anexos integrantes do Termo de Compromisso de Garantia de Acesso será disponibilizadas aos gestores pela SAS/SAS, no prazo de 30 (trinta) dias, após a publicação desta Norma.

31. A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

A) periodicamente (período não superior a 12 meses), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

B) trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;

C) pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no Anexo 4 desta Norma), a ser informada à CIB em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

32. Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES a SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

33. Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá participar do processo de programação e assumir, quando necessário, o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 - DO PROCESSO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

34. As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de

planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

35. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente, nas seguintes dimensões:

- A) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
- B) relação com os prestadores de serviços;
- C) qualidade da assistência e satisfação dos usuários; e
- D) resultados e impacto sobre a saúde da população.

36. Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão.

37. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

37.1. O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

37.2. O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

37.3. Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

37.4. Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

37.5. Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

38. A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

39. A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

40. Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades identificadas.

40.1. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

41. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

B) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C) a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a

responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

D) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II.4 - DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO:

42. Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

43. Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

44. Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do teto financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

Capítulo III . Critérios de Habilitação e Desabilitação de Municípios e Estados

III.1 - CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB/SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

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

III .1.1 - DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS:

46. A partir da publicação desta Norma, e considerando o prazo previsto no seu Item 59 -

Capítulo IV, os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

- Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada; e
- Gestão Plena do Sistema Municipal.

46.1. Todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as normas do Item 48 - Capítulo II desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

46.2. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

47. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades:

- a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- b) gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- c) gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União;
- d) organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, caso haja neste nível de atenção;
- e) cumprimento das responsabilidades definidas no Sub-item 6.1 - Item 6 - Capítulo I desta Norma;
- f) disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no Sub-item 6.3 - Item 6 - Capítulo I desta Norma;
- g) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- h) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES;
- i) realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PABA, localizados em seu território e vinculados ao SUS;

- j) operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;
- k) autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- l) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- m) realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica;
- n) execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA;
- o) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;
- p) elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS.

Requisitos:

- a) comprovar o funcionamento do CMS;
- b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) apresentar o Plano Municipal de Saúde do período em curso, aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município;
- d) comprovar a disponibilidade de serviços, com qualidade e quantidade suficientes, em seu território, para executar todo o elenco de procedimentos constantes Sub-item 6.3 - Item 6 - Capítulo I desta Norma;
- e) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão;
- f) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
- g) dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;
- h) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;
- i) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;
- j) comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria

da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados;

k) submeter-se à avaliação pela SES em relação à capacidade de oferecer todo o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA e ao estabelecimento do Pacto de AB para o ano 2001 e subseqüentes;

l) formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas:

a) transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado - PABA, correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária;

b) gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas), localizadas no território municipal;

c) transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

4 8 . Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades:

a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

b) gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;

c) gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União;

d) gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto no Item 50 - Capítulo III desta Norma;

e) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;

f) garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a

serviços não disponíveis em seu território;

g) integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares;

h) cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS;

i) operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;

j) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;

k) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;

l) execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB;

m) execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB.

Requisitos:

a) comprovar o funcionamento do CMS;

b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;

c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

d) demonstrar desempenho satisfatório nos indicadores constantes do Pacto da Atenção Básica, de acordo com normatização da SPS;

e) demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica, conforme avaliação descrita no Sub-item 6.5 - Item 6 - Capítulo I desta Norma;

f) comprovar a oferta com qualidade e em quantidade suficiente, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no Anexo 3 desta Norma, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica;

g) firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria de Estado da Saúde;

h) comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA;

i) participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação;

j) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de

suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, avaliação, à auditoria e ao pagamento dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios;

k) comprovar, por meio da alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;

l) dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor, como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;

m) comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

n) comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

o) apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;

p) comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e de mecanismos de controle e avaliação;

q) comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;

r) formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas:

a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos constantes do Anexo 3 desta Norma , após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos;

b) receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, de acordo com o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado;

c) gestão do conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 - DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DOS ESTADOS

49. A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

- Gestão Avançada do Sistema Estadual; e
- Gestão Plena eo Sistema Estadual.

50. São atributos comuns as duas condições de gestão estadual:

Responsabilidades:

- a) elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização conforme previsto no Item 2 - Capítulo I desta Norma;
- b) coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma;
- c) gestão e gerência de unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;
- d) formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional;
- e) coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade, viabilizando com os municípios-pólo os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso;
- f) gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados;
- g) formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional;
- h) normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;
- i) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores;
- j) cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;
- k) estruturação e operação do Componente Estadual do SNA;
- l) implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;
- m) coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

- n) execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;
- o) coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA;
- p) execução das ações básicas de vigilância sanitária referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma ;
- q) execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal;
- r) apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

Requisitos:

- a) apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:
 - Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Compromissos, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;
 - programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
 - estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
 - estratégias de reorganização do modelo de atenção;
 - Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos núcleos dos módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais; proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios;
- b) apresentar a Programação Pactuação Integrada, baseada no Plano de Regionalização, conforme definido no Item 5 - Capítulo I e Seção II.1 Capítulo II desta Norma;
- c) alimentar com os dados financeiros do Estado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS;
- d) comprovar o funcionamento da CIB;
- e) comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde;
- f) apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;
- g) comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão;
- h) comprovar a estruturação do componente estadual do SNA;
- i) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle,

avaliação e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.

j) comprovar, por meio de alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000;

k) comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;

l) comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;

m) apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

5 1 . Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Avançada do Sistema Estadual:

Responsabilidades:

a) contratação, controle, avaliação, auditoria e ordenação do pagamento do conjunto dos serviços sob gestão estadual;

b) contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;

c) operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos:

a) apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração;

b) dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população;

c) dispor de 30% do valor do limite financeiro programado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Prerrogativas:

a) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Assistencial Básico/PAB relativos aos municípios não habilitados;

b) transferência de recursos referentes às ações de vigilância sanitária;

c) transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

5 2 . Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidades:

- a) cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual;
- b) operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos:

- a) comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração;
- b) comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação dos serviços ambulatoriais e hospitalares;
- c) dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população;
- d) dispor de 50% do valor do Teto Financeiro da Assistência/TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios;
- e) comprovar disponibilidade orçamentária e mecanismos de pagamento aos prestadores públicos e privados, bem como de repasse aos fundos municipais de saúde.
- f) comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

Prerrogativas:

- a) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados;
- b) transferência regular e automática referente às ações realizadas na área de Vigilância Sanitária;
- c) remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária;
- d) normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua gestão, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima;
- e) transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

III.2 - DA DESABILITAÇÃO

III.2.1 - DA DESABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

53. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 - Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

54. Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada serão desabilitados quando:

- A) descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;
- B) apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais por mais de 04 (quatro) meses consecutivos;
- C) a cobertura vacinal for menor do que 70% do preconizado pelo PNI para as vacinas: BCG, contra a poliomielite, contra o sarampo e DPT;
- D) apresentarem produção de serviços insuficiente, segundo parâmetros definidos pelo MS e aprovados pela CIT, de alguns procedimentos básicos estratégicos;
- E) não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; e
- F) apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

55. São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, Fundo-a-Fundo, para os municípios:

- A) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- B) falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados; e
- C) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.1.2 - Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal \

56. Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal serão desabilitados quando:

- A) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal; ou
- B) se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 54 - Capítulo III desta Norma; ou
- C) não cumprirem Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

56.1. São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, Fundo-a-Fundo, para os municípios:

- a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, em período até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador.
- b) falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados; e

c) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.2 - Da desabilitação dos Estados

57. Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados serão desabilitados pela CIT.

57.1. São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, Fundo-a-Fundo, para os estados:

- a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador; e
- b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacional do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

Capítulo IV - Disposições Transitórias

58. Os municípios habilitados segundo a NOB/SUS 01/96 na Gestão Plena da Atenção Básica, após avaliados conforme o descrito no Sub-item 6.5 - Item 6 - Capítulo I desta Norma, estarão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

59. Os municípios terão os seguintes prazos, a partir da publicação desta Norma, para se habilitarem de acordo com o estabelecido pela NOB/SUS 01/96:

- 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma para dar entrada no processo de habilitação junto à Comissão Intergestores Bipartite;
- 60 (sessenta) dias para homologação da habilitação pela Comissão Intergestores Tripartite.

60. Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena Atenção Básica e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

61. Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal definidas nesta Norma, sob pena de desabilitação na modalidade.

61.1. Estes municípios poderão se manter habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica ou Atenção Básica Ampliada, de acordo com a avaliação descrita nos Sub-ítem 6.5 e 6.6 - Item 6, Capítulo I desta Norma.

62. Os estados, cujos processos de habilitação já se encontram tramitando no Ministério da Saúde, terão 60 (sessenta) dias a partir da data de publicação desta Norma, para resolver as pendências, de forma a poder se habilitar de acordo com as regras da NOB/SUS 01/96.

63. As responsabilidades, fluxos e prazos para melhor operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação serão definidas em portaria da SAS/MS, dentro de 30 (trinta) dias, a partir da data de publicação desta Norma.

64. Os estados deverão elaborar, 120 (cento e vinte) dias após a publicação da regulamentação dos planos de regionalização e da PPI prevista nesta Norma os respectivos planos diretores de regionalização e PPI.

64.1. Os municípios localizados em estados que não cumprirem o prazo de que trata este item poderão, enquanto persistir esta situação, habilitar-se de acordo com as regras de habilitação previstas na NOB/SUS 01/96.

65. No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS/SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, no que couber.

23. PORTARIA GM/MS Nº 17, DE 5 DE JANEIRO DE 2001, REPUBLICADA EM 16 DE FEVEREIRO DE 2001- Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, Interino, no uso de suas atribuições e considerando a expansão do Cartão Nacional de Saúde para toda a população brasileira; a necessidade de integração de sistemas de cadastramento no âmbito do SUS; as manifestações dos gestores, efetuadas por ocasião da reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 19 de outubro de 2000 e; a contribuição do cadastramento de usuários do SUS para a atualização da base de dados do Programa de Integração Social e para o aperfeiçoamento do Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, resolve:

Art. 1º. Instituir o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde, que passa a compor o banco de dados do SUS.

Art. 2º. Aprovar o formulário para o cadastramento de usuários, constante do anexo I desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Usuários do SUS.

§ 1º. O município ou estado poderá incluir novos campos no formulário, desde que a inclusão não comprometa o envio das informações no formato padronizado nacionalmente.

§ 2º. No caso da inclusão de novos campos no formulário, o processamento dos dados incluídos é de responsabilidade do município ou estado.

Art. 3º. Estabelecer que o cadastramento dos usuários do SUS terá por base o domicílio, será feito em todo território nacional e será de responsabilidade dos municípios habilitados em alguma das condições de gestão do SUS.

§ 1º. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão assumir a responsabilidade pela operacionalização do cadastramento nos seguintes casos:

- I - quando houver a expressa manifestação do município em não realizá-lo;
- II - quando o município não iniciar o processo de cadastramento até 3 (três) meses após a entrada em vigor desta portaria;
- III - nos casos de municípios não habilitados em alguma das condições de gestão previstas pela NOB/SUS 01/96; e

IV - quando o município não conseguir realizar o cadastramento de sua população nos prazos e condições estabelecidas nesta portaria e nas demais normas que regulamentarão o tema.

§ 2º. O Ministério da Saúde deverá realizar o cadastramento nos casos especificados anteriormente, e em que as Secretarias Estaduais de saúde não o realizarem.

Art. 4º. Os Gestores Estaduais são responsáveis pela Coordenação do processo de cadastramento em seu estado, com a devida cooperação deste Ministério.

Art. 5º. Estabelecer que as atividades de cadastramento dos usuários contarão com a cooperação técnica e financeira do Ministério da Saúde.

§ 1º. O Ministério da Saúde remunerará os cadastros válidos, por meio da inclusão de procedimentos correspondente na tabela de remuneração do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS.

§ 2º. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência dos valores aos Fundos Municipais e/ou estaduais de Saúde correspondentes.

§ 3º. O DATASUS disponibilizará sistema para digitação e validação dos dados cadastrais no prazo de 40 (quarenta) dias, a contar da data da publicação desta Portaria, e definirá os fluxos para coleta, envio e revisão de informações cadastrais.

Art. 6º. Definir que o cadastramento de que trata o Art. 1º será executado mediante adesão, pelos municípios ou estados que se habilitarem a realizá-lo, de acordo com Termo de adesão a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º. Definir que a responsabilidade pela manutenção do Cadastro de Usuários do SUS é dos municípios, com o devido apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde.

Art. 8º. Delegar competências ao Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS/MS, para a normatização complementar do fluxo de informações e processamento dos cadastros, forma de remuneração pelas atividades de cadastramento, análise dos pleitos municipais de adesão e demais providências para o alcance dos objetivos da presente portaria.

Art. 9º. Estabelecer que o prazo final para o cadastramento de usuários do SUS é de 12 meses, a partir da data de publicação desta portaria.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros de janeiro de 2001 até a competência dezembro de 2001.

Art. 11. Revogam-se as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI

24 . PORTARIA GM/MS Nº 145, DE 1 DE FEVEREIRO DE 2001, REPUBLICADA EM 08 DE FEVEREIRO DE 2001

Regulamenta as transferências Fundo-a-Fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância Sanitária.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e tendo em vista as disposições da Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, em seu capítulo I, artigo 6º, § 1º, que trata da execução das ações de Vigilância Sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

considerando o disposto nos artigos 16, 17 e 18 da referida Lei, que definem as competências da execução das ações de vigilância sanitária nos níveis federal, estadual e municipal;

considerando o estabelecido no item 13 da Norma Operacional Básica - NOB/SUS 01/06; considerando o artigo 7º, parágrafos 1º e 2º da Lei nº 9.782/99 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, resolve:

Art. 1º. Definir os recursos federais destinados ao financiamento das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, que serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e do Distrito Federal, nos limites fixados no Anexo I e com base nos critérios estabelecidos nesta Portaria.

Parágrafo único. Para efeito do cálculo do montante e distribuição desses recursos, está sendo considerada a população estimada para o ano de 2000, pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e o número de estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária constantes no TERMO DE AJUSTE E METAS assinado com as unidades federadas e combinado com a Relação Anual de Informações Sociais - RAIS do Ministério do Trabalho e Emprego - MET.

Art. 2º. As ações que serão financiadas com os recursos mencionados no artigo anterior foram pactuadas com as unidades federadas e estão discriminadas nos Termos de Ajuste e Metas aprovados pelas CIB e CIT no ano de 2000 e assinados com a ANVISA.

Art. 3º. Os recursos de que trata o Artigo 1º destinam-se, exclusivamente, ao financiamento das ações de Vigilância Sanitária, estabelecidas no Termo de Ajuste e Metas.

Art. 4º. Os recursos financeiros destinados a cada unidade federada serão definidos pelo somatório das seguintes parcelas:

I - Valor per capita de R\$0,15 (quinze centavos)/hab./ano multiplicado pela população de cada unidade federada;

II - Valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária - TFVS, por fato gerador.

Parágrafo único. Para obtenção do valor nominal, de que trata o inciso II, as unidades federadas serão estratificadas segundo o número dos estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária presentes em sua área geográfica agrupados pelos seguintes macro setores de atuação:

I - Macro Setor de Medicamentos;

II - Macro Setor de Alimentos; e

III - Macro Setor de Tecnologia em Saúde.

Art. 5º. Fica estabelecido o Piso Estadual de Vigilância Sanitária - PEVISA no valor de R\$420.000,00 (quatrocentos e vinte mil reais) para unidades federadas cujo somatório das parcelas, de que trata o artigo 5º, ficar abaixo desse valor.

Art. 6º. O valor correspondente ao fato gerador de repasse às unidades federadas, de que tratam o inciso II e o § 1º do Art. 4º, será estabelecido por Portaria conjunta da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, após deliberação da Diretoria Colegiada da ANVISA.

Art. 7º. Do valor per capita a que cada unidade federada faz jus, R\$0,06 (seis centavos) serão utilizados como incentivo à municipalização das Ações de Vigilância Sanitária, de acordo com a complexidade das ações a serem pactuadas e executadas.

§ 1º. Caberá ao gestor estadual implantar mecanismos que garantam o repasse de recursos, mensalmente, para os municípios em valor correspondente a 1/12 (um doze avos) do valor anual pactuado, em conta específica da Vigilância Sanitária.

§ 2º. Para se habilitarem a estes recursos os municípios deverão cumprir os seguintes requisitos:

I - estar habilitado em uma das condições de gestão estabelecidas na NOB/SUS 01/96;

II - comprovar capacidade técnica de execução das ações de Vigilância Sanitária por nível de complexidade;

III - possuir equipe técnica cuja composição corresponda às necessidades de cobertura local;

IV - comprovar existência de estrutura administrativa responsável pelas ações de Vigilância Sanitária;

V - comprovar abertura de conta específica vinculada ao Fundo Municipal de Saúde.

§ 3º. Se para a execução das ações pactuadas com os municípios houver necessidade de recursos adicionais, esses deverão ser remanejados do valor definido para cada unidade federada.

§ 4º. A solicitação de habilitação ao Termo de Ajuste e Metas, pelo Município, será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde que emitirá parecer para análise e aprovação pela CIB.

§ 5º. A cada trimestre, a Secretaria Estadual de Saúde e a CIB emitirão relatório sobre as solicitações de habilitação dos municípios, demonstrando nominalmente os pedidos deferidos e indeferidos, as ações e os recursos financeiros comprometidos bem como os mecanismos de transferência ao Fundo Municipal de Saúde.

Art. 8º. Nos municípios onde o gestor não se manifestar pela pactuação junto à CIB, a unidade federada assumirá a responsabilidade pelas ações, não cabendo aos municípios em questão, direitos sobre o piso municipal de que trata o Art. 7º.

Art. 9º. O repasse dos recursos federais será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde, em valor correspondente a 1/12 (um doze avos) da parcela federal, em conta específica da Vigilância Sanitária.

Parágrafo único. Por deliberação da CIB, o Fundo Nacional de Saúde, transferirá diretamente ao Fundo Municipal de Saúde, os recursos pactuados como incentivo à descentralização de que trata art. 7º.

Art. 10. A contrapartida das unidades federadas e dos municípios aos recursos federais transferidos deverá ser em valor eqüivalente a, no mínimo, o mesmo percentual dos orçamentos estadual e municipal que foi destinado à Vigilância Sanitária no ano anterior.

Art. 11. As atividades e metas pactuadas no Termo de Ajuste e Metas serão acompanhadas e avaliadas por Comissão de Avaliação constituída pelo Diretor Presidente da ANVISA para esse fim.

§ 1º. A Comissão de Avaliação será composta por representante da ANVISA, das unidades federadas e dos municípios.

§ 2º. A comissão de Avaliação encaminhará à ANVISA relatório de gestão, trimestral e anual, detalhando as metas, os resultados alcançados e parecer técnico com recomendações sobre o período considerado.

§ 3º. As Secretarias Estaduais de Saúde manterão à disposição da ANVISA, Ministério da Saúde e órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das ações pactuadas no Termo de Ajuste e Metas.

Art. 12. O cancelamento da habilitação das unidades federadas com a conseqüente suspensão do repasse dos recursos financeiros será proposto pela ANVISA, e levado à CIT para deliberação, quando da ocorrência das seguintes situações:

I - não cumprimento, sem justificativa, das atividades e metas previstas no Termo de Ajuste e Metas;

II - aplicação irregular dos recursos financeiros transferidos;

III - falta de comprovação de regularidade na alimentação mensal do sistema de informação;

IV - ausência de contrapartida correspondente; e

V - por recomendação da Comissão de Avaliação.

§ 1º. No caso de cancelamento da habilitação da unidade federada, os recursos correspondentes para financiamento das ações pactuadas na CIB, como de responsabilidade do gestor municipal, serão repassados integralmente aos municípios até que cessem as razões que levaram ao impedimento de repasse às unidades federadas.

§ 2º. No caso de suspensão do repasse dos recursos financeiros, a unidade federada poderá recorrer à CIT.

Art. 13. Além do cancelamento de que trata o artigo anterior os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas.

Art. 14. Fica delegada competência à Diretoria Colegiada da ANVISA, para editar, quando necessário, normas regulamentares desta Portaria, submetendo-as quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 15. A Diretoria Colegiada apresentará trimestralmente ao Conselho Consultivo da ANVISA relatório sobre as atividades decorrentes desta Portaria.

Art. 16. Os recursos orçamentários de que trata a presente portaria correrão por conta do programa 10.304.0010 - Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços, constantes da Lei Orçamentária Anual Vigente.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

25 . DECRETO Nº 3.745, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2001- **Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.**

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA , no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 2º, § 1º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, decreta:

Art. 1º. Fica instituído o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, com o objetivo de incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários.

Art. 2º. Constituem objetivos do Programa:

I - ampliar a cobertura das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS);

II - impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no País;

III - fortalecer o Programa de Saúde da Família; e

V - estimular a fixação de médicos e enfermeiros, em municípios carentes de assistência à saúde, na forma de treinamento em serviço.

Art. 3º. O Ministério da Saúde é o responsável pela coordenação das atividades e pela execução do Programa ora instituído.

Art. 4º. As atividades constitutivas do Programa serão desenvolvidas em parceria, mediante convênio, com os Estados e Municípios das Unidades da Federação em que o Programa for implantado.

Art. 5º. Serão constituídas coordenações do Programa no âmbito da União e dos Estados que a ele aderirem.

Parágrafo único. A Coordenação, em nível federal, ficará vinculada ao Ministério da Saúde.

Art. 6º. Constituem diretrizes básicas do Programa:

I - conferir prioridade às necessidades de saúde das regiões desprovidas ou carentes de serviços e de profissionais de saúde, especialmente de médicos e enfermeiros;

II - apoiar a organização da atenção à saúde, em especial os cuidados básicos, valendo-se, para tanto, dos princípios e estratégias do Programa de Saúde da Família;

III - conceder incentivos aos profissionais que o integrarem;

IV - assegurar orientação, supervisão e educação permanente aos profissionais que o integrarem, mediante articulação com o Ministério da Educação e com instituições de ensino superior; e

V - contribuir na organização de sistemas de referência e contra-referência para pacientes que requeiram assistência especializada ou hospitalização.

Art. 7º. O Ministério da Saúde, observada sua competência, fará editar normas com vistas à operacionalização do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

Parágrafo único. É competência do Ministério da Saúde definir os critérios para a habilitação dos Municípios aptos à inserção no Programa.

Art. 8º. O Programa será desenvolvido com recursos alocados pelo Ministério da Saúde.

Art. 9º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de fevereiro de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Serra

26. PORTARIA GM/MS Nº 393, DE 29 DE MARÇO DE 2001 - Institui a Agenda de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e considerando a necessidade de reformulação e aprimoramento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde; considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde dos Eixos Prioritários de Intervenção para o ano de 2001, resolve:

Art. 1º. Aprovar, nos termos do Anexo I, a Agenda Nacional de Saúde para o Ano de 2001.

Art. 2º. Para fins de elaboração das respectivas agendas relativas ao ano de 2001, os Estados e Municípios deverão seguir o modelo da Agenda Nacional, nos moldes do Anexo II, adequando-a às características epidemiológicas e especificidades locais.

Art. 3º. A Agenda Nacional de Saúde estabelece os seguintes Eixos Prioritários de Intervenção para 2001:

- a) redução da mortalidade infantil e materna;
- b) controle de doenças e agravos prioritários;
- c) reorientação do modelo assistencial e descentralização;
- d) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde;
- e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; e
- f) qualificação do controle social.

Art. 4º. Os Estados e o Distrito Federal terão 30 dias, após a publicação desta Portaria, para elaborarem suas agendas em conjunto com os respectivos conselhos de saúde, devendo ser apreciadas pelas plenárias dos conselhos em sessão especialmente convocada para este fim.

Art. 5º. Após aprovação pelos Conselhos Estaduais de Saúde, as agendas estaduais deverão ser publicadas e amplamente divulgadas, para que possam subsidiar a elaboração das agendas municipais correspondentes.

Art. 6º. Os municípios terão 30 dias, após a publicação das correspondentes agendas estaduais, para elaborarem suas agendas em conjunto com os respectivos conselhos de saúde, devendo ser apreciadas pelas plenárias dos conselhos em sessão especialmente convocada para este fim.

Art. 7º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO I - AGENDA SAÚDE 2001

O Ministério da Saúde apresenta aqui aos demais gestores do Sistema Único de Saúde e à sociedade brasileira a Agenda Nacional de Saúde para o Ano 2001.

A Agenda Saúde 2001 é um instrumento fundamental para a orientação estratégica da política de saúde no Brasil. Ela define os eixos a serem considerados como referenciais prioritários no processo de planejamento em saúde.

A definição desses eixos efetuou-se após uma intensa articulação entre os representantes das diversas esferas de gestão (MS, CONASS e CONASEMS), concluída com a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua 19ª Reunião Extraordinária, realizada em dezembro de 2000 em Brasília.

São seis os eixos prioritários de intervenção para o ano de 2001:

1. Redução da mortalidade infantil e materna

Embora o Brasil tenha avançado bastante na redução da mortalidade infantil na última década, a situação está muito longe do ideal. Convivem no país realidades extremas, fruto das graves disparidades sociais e regionais. De um lado, temos locais onde ações básicas de saneamento e educação devem ser implementadas e certamente terão grande impacto. Em outro pólo, temos cidades onde as iniciativas devem prioritariamente se direcionar para a melhoria de qualidade da assistência ao parto. Ao mesmo tempo, em praticamente todo o país, o número de consultas de pré-natal é insuficiente frente aos padrões internacionais, contribuindo para elevadas taxas de mortalidade materna.

2. Controle de doenças e agravos prioritários

O Brasil passa por uma situação epidemiológica onde duas realidades díspares se apresentam. Por um lado, lutamos para superar as chamadas “doenças da pobreza”, como as doenças imunopreveníveis, as doenças transmitidas por vetores, as doenças diarreicas, a tuberculose, a hanseníase. Por outro lado, doenças crônico-degenerativas, como as várias formas de câncer, diabetes, hipertensão vêm se tornando cada vez mais preocupantes no país. Ao mesmo tempo, novos desafios se apresentam como o controle da AIDS e do crescimento acelerado da invalidez e mortalidade por causas externas.

3. Reorientação do modelo assistencial e descentralização

Dois conceitos são fundamentais na política nacional de saúde: a descentralização das ações de saúde e a reorientação do modelo assistencial. O primeiro conceito representa basicamente a construção de um pacto que possibilita a transferência de recursos financeiros e autoridade para execução para que Estados e Municípios executem diretamente

a política de saúde acordada com o Ministério da Saúde, sob supervisão direta da sociedade por meio dos conselhos de saúde. O segundo, representa a mudança de um modelo de atenção, baseado na doença e no hospital, para outro que privilegia a atenção integral voltada ao indivíduo, percebido em seu ambiente e relações sociais.

4. Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde

Para a melhoria da gestão, do acesso e da qualidade são instrumentos essenciais informações ágeis, oportunas, e confiáveis. O Sistema Único de Saúde convive com a falta de informação sobre elementos básicos para a tomada de decisão: quem é sua clientela, onde e como é atendida e qual o resultado dessa atenção. Neste ano, estamos dando os primeiros passos na mudança desse quadro. Com a implantação do Projeto Cartão Nacional de Saúde os gestores passarão a ter elementos para conhecer a clientela, a oferta de serviços em sua área geográfica, a demanda por insumos e uma gama imensa de indicadores de resultados.

A universalidade do acesso e a integralidade da assistência à saúde, princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, são parte integrante dos eixos prioritários de atuação, promovendo-se o acesso da população brasileira a ações e serviços de qualidade em todos os níveis, desde a atenção básica até aos procedimentos de maior especialização e complexidade. Como parte dessa estratégia, o incentivo a produção, comercialização e difusão do uso dos medicamentos genéricos vem possibilitando o acesso da população a medicamentos de boa qualidade e preços baixos.

5. Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde

Um aspecto importante para a melhoria da atenção no Sistema Único de Saúde é o desenvolvimento de seus profissionais. O profissional de saúde é a linha de frente do SUS e sua qualificação técnica e compreensão de seu papel social são essenciais para a humanização do atendimento.

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE, que está se desenvolvendo em todo o território nacional, no período de 2000 a 2003, destina-se a melhorar a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial, por meio da qualificação profissional. Reduzirá também a carência de auxiliares de enfermagem qualificados. Estima-se que exista um contingente de 225 mil trabalhadores, contratados pelos serviços de saúde, sem a qualificação necessária para exercer suas funções. No início desse ano, cerca de 50 mil trabalhadores entraram em sala de aula para se qualificar.

Outra iniciativa importante é a formação de Pólos de Capacitação em Saúde da Família, envolvendo instituições universitárias no processo de formação e qualificação de profissionais de saúde com perfil ajustado às propostas do programa, contribuindo para a mudança do modelo assistencial.

A formação de gestores do SUS, ponto fundamental para ampliar a capacidade de gestão do sistema, é uma preocupação da política de formação de recursos humanos.

6. Qualificação do controle social

Um dos elementos fundamentais para o funcionamento do Sistema Único de Saúde é a consolidação das práticas de controle social na esfera Federal, Estadual e Municipal. Os respectivos conselhos de saúde vêm ganhando importância a cada ano. O processo de descentralização, levado a cabo nos últimos anos levou à criação de um grande número de Conselhos Municipais de Saúde, dado que sua existência é condição fundamental para recebimento de recursos do Ministério da Saúde.

Contudo, a criação formal dos conselhos nem sempre resulta no bom exercício das atribuições de formulação das diretrizes da política de saúde e de controle social sobre o sistema de saúde. Para que os conselhos efetivamente sejam capazes de exercer o controle social, é preciso sua constante capacitação e produção de ferramentas para o pleno exercício de suas atividades. O Ministério da Saúde está desenvolvendo uma série de cursos destinados a fortalecer os mecanismos de controle social no SUS, com a implantação de programa de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde e de formação de membros do Ministério Público.

Para cada um dos eixos prioritários, foram definidos objetivos específicos e seus indicadores, com suas respectivas formas de cálculo e fontes de comprovação, de modo a permitir uma efetiva responsabilização e acompanhamento do desempenho dos gestores.

O estabelecimento desta agenda representa um passo fundamental para o desenvolvimento de um processo de planejamento integrado e harmônico entre os gestores das três esferas de governo, o objetivo é melhorar, sempre, o atendimento das necessidades de saúde da população.

A Agenda Nacional de Saúde servirá como referencial para que os Estados elaborem suas próprias agendas, de acordo com suas particularidades. A Agenda Estadual adequará, assim, as diretrizes da agenda nacional à sua realidade, considerando variáveis epidemiológicas, demográficas e sociais, dentre outras.

De forma análoga, os Municípios deverão elaborar suas próprias agendas a partir da realidade local, considerando a Agenda Nacional e, mais especificamente, a de seu Estado.

Em cada nível de governo, a interlocução dos gestores com os correspondentes conselhos de saúde é fundamental para a definição da agenda pois, obedecendo à determinação da Lei nº 8.142/90, cabe aos conselhos a prerrogativa da formulação das estratégias orientadoras da política de saúde em sua respectiva esfera.

Esse processo de definição de prioridades do nível nacional para o estadual e, em seqüência, para o municipal, visa ao estabelecimento de um entendimento entre os gestores em torno de objetivos fundamentais para a melhoria da situação de saúde e da qualidade da atenção oferecida à população brasileira. Neste sentido, a definição dos eixos procurou ressaltar os resultados concretos a serem obtidos a partir da ação articulada de todas as áreas e níveis de governo implicados no SUS. Desta forma, é possível compatibilizar dois objetivos relevantes: a direcionalidade comum da política de saúde e a flexibilidade para incorporar as especificidades dos diversos entes da federação.

A Agenda Nacional de Saúde oferece o referencial do nível federal, homologado pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde. Deve ser entendida como uma orientação estratégica sobre tópicos de fundamental importância para a consolidação do SUS e para a melhoria da situação de saúde da população.

Os eixos prioritários de intervenção se manifestarão de diferentes formas e intensidade em cada esfera de governo, alguns deles têm maior expressão na esfera federal; outros na estadual ou municipal. Da mesma forma os indicadores que expressam sua operacionalização e respectivas metas devem adequar-se à realidade de cada nível. Exemplificando: uma meta federal pode ser de fácil alcance para um determinado Estado ou Município, ou pode até já ter sido superada. Entretanto, pode ser extremamente difícil de ser atingida por outros ou até inalcançável no prazo definido.

As agendas orientam a elaboração dos planos de saúde dos respectivos níveis de governo, que correspondem a metas e intenções para o período de quatro anos de gestão; constroem, de forma ascendente o quadro de metas, quantificáveis e passíveis de acompanhamento; servirão de base para a elaboração dos futuros relatórios de gestão, correlacionando os resultados obtidos com os recursos aplicados. É, portanto, aos Secretários Municipais de Saúde, que iniciaram seu mandato este ano ou que reiniciam um novo período de gestão, que se dirige, prioritariamente, o esforço do Ministério da Saúde para a implantação dos novos instrumentos de gestão.

ANEXO II - EIXOS DE INTERVENÇÃO, OBJETIVOS E INDICADORES

1. Redução da mortalidade infantil e materna

• Reduzir a taxa de Mortalidade Infantil

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
• Taxa de mortalidade infantil	• Relação entre o nº de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade e o total de nascidos vivos (x1.000), corrigido pelo fator de subnumeração de nascidos vivos onde for necessário	• 1/1.000nv	• Nacional / SIM e SINASC e Celso Simões (IBGE)	• 0028 - SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO •SPS

• Reduzir a taxa de Mortalidade Materna

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
• Coeficiente de mortalidade materna	• Relação entre o número de óbitos por complicações da gravidez, do parto e do puerpério e o total de nascidos vivos (x 100.000), corrigido pelo fator de subnumeração de óbitos onde for necessário	• 1/100.000	• Estadual / SIM/SINASC - CENEPI/FUNAS A e Celso Simões (IBGE)	• 0021 - SAÚDE DA MULHER •SPS

• **Aumentar as consultas pré-natal por parturientes no SUS**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Razão entre o nº de consultas de pré-natal e nascidos vivos	• Relação entre RN de mães que realizaram 4 ou mais consultas de pré-natal e o número de nascidos vivos (x100)	• percentagem	• Municipal, estadual e nacional / SINASC	• 0021 - SAÚDE DA MULHER • SPS

• **Reduzir a desnutrição infantil**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Número de crianças (e/ou) nutrízes beneficiados pelo programa	• Número de benefícios pagos	• unidade	• Municipal, estadual e nacional	• 0008 - ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL • SPS

• **Ampliar o acesso à água tratada**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Número de famílias beneficiadas com água tratada	• Número de famílias beneficiadas	• unidade	• Municipal / FUNASA - Projeto Alvorada	• 0019 - SANEAMENTO BÁSICO • FUNASA

2. Controle de doenças e agravos prioritários

• Melhorar a cobertura por DPT, Sarampo, Pólio, Hepatite, BCG e Hib

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Municípios com cobertura Vacinal adequada	• número de municípios com cobertura vacinal adequada/número total de municípios x 100	• percentagem	• Municipal / IBGE / CENEPI /FUNASA	• 0006 - PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS •FUNASA

• Reduzir a incidência casos de dengue

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Coeficiente de incidência de dengue	• Relação entre o número de casos novos de dengue e o total da população multiplicado por 100 mil	• 1/100.000	• Municipal / CENEPI / FUNASA / MS	• 0015 - PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE •FUNASA

• Reduzir o número de Municípios Infestados por Aedes aegypti

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Número de municípios infestados	• Número de Municípios com a presença do vetor Aedes	• Unidade	• Municipal / CEENPI / MS	• 0015 - PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE •FUNASA

• **Manter erradicada a febre amarela urbana**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Incidência de febre amarela urbana	• Número de casos novos confirmados de febre amarela urbana	• Unidade	• Municipal / CENEPI / FUNASA / MS	• 0015 - PREVENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE •FUNASA

• **Reduzir o número de casos novos de malária na Amazônia Legal**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Casos N o v o s Detectados de Malária na A m a z ô n i a Legal	• Números de casos novos detectados de malária na Amazônia Legal	• Unidade	• Municipal / CENEPI / FUNASA / MS	• 0014 - PREVENÇÃO E CONTROLE DA MALÁRIA •FUNASA/MS

• **Reduzir o número de casos de sarampo**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Incidência do Sarampo autóctone	• Número de casos novos de sarampo	• Unidade	• Municipal / CENEPI / FUNASA / MS	• 0006 - PREVENÇÃO E CONTROLE DAS D O E N Ç A S IMUNOPREVINÍVEIS •FUNASA

• Reduzir o número de casos de Tétano neo-natal

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Incidência de Tétano neo-natal	• Número de casos tétano neo-natal	• Unidade	• Municipal / CENEPI/FUNASA/MS	• 0006 - PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS •FUNASA

• Reduzir o coeficiente anual de incidência de tuberculose pulmonar em bacilíferos por 100.000 hab.

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Coeficiente de incidência da tuberculose	• Relação entre o número de casos novos de tuberculose e o total da população multiplicado por 100 mil	• 1/100.000	• Municipal / SINAN /CENEPI / FUNASA / MS	• 0012 - PREVENÇÃO E CONTROLE DA TUBERCULOSE E DE OUTRAS PNEUMOPATIAS •SPS •FUNASA

• Implantar sistema de acompanhamento dos portadores de diabetes

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
• Proporção de indivíduos com diabetes melitus acompanhados na rede após etapa de detecção de suspeitos	• Relação entre o número de diabéticos acompanhados nas unidades de saúde e o número de indivíduos com glicemia capilar anormal identificados na etapa de detecção de suspeitos. (x100)	• porcentagem	• Estadual e Nacional /SIA	• 0017 - PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS •SPS

• **Reduzir a taxa de incidência de AIDS**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
• Coeficiente de incidência de AIDS	• Relação entre o nº de casos novos de AIDS e o total da população (x100.000)	• 1/100.000	• Nacional / CENEPI / FUNASA - CN/DST/AIDS - MS e IBGE	• 0003 - PREVENÇÃO, CONTROLE E ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E DA AIDS

• **Implantar sistema de acompanhamento dos portadores de hipertensão**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
• Proporção de indivíduos com hipertensão arterial acompanhados na rede após etapa de detecção de suspeitos	• Relação entre o número de hipertensos acompanhados nas unidades de saúde e o número de indivíduos com pressão arterial elevada identificados na etapa de detecção de suspeitos. (x100)	• percentagem	• Estadual e Nacional /SIA	• 0017 - PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS •SPS

• **Reduzir o coeficiente de prevalência de hanseníase por 10.000 hab.**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Coeficiente de prevalência da hanseníase	• Relação entre o número de casos de hanseníase existente e o total da população Multiplicado por 10 mil	• 1/10.000	• Estadual / SINAN / CENEPI / FUNASA / MS	• 0020 - CONTROLE DA HANSENÍASE E OUTRAS DERMATOSES •SPS •FUNASA

• **Realizar exames nas mulheres em idade de risco para câncer cervico-uterino**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
• Taxa de cobertura de Exame Papanicolaou em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos	• Relação percentual entre o número de mulheres que fizeram o exame Papanicolaou na faixa etária de 25 a 59 anos de idade e o total de mulheres na mesma faixa etária	• percentagem	• Municipal/INCA - MS	• 0011 - PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER E ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA • SAS/ INCA

3. Reorientação do modelo assistencial e descentralização

• **Implantar o Plano Diretor de Regionalização**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Percentual de estados com Plano de Regionalização aprovado pelo MS	• Total de estados com PDR aprovado / total de estados x 100	• percentagem	• Documentos SAS/SPS	• 0016 - GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE • SAS

• **Expandir o Programa Saúde da Família**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Taxa de cobertura da população pelas equipes de saúde da família	• Relação percentual entre o nº total da população coberta pelas equipes de saúde da família e o total da população (x100)	• percentagem	• Municipal / COAB/SAS - MS	• 001 - SAÚDE DA FAMÍLIA • SPS

• **Estruturar a Atenção Básica nas Comunidades Indígenas**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Percentual de Comunidades indígenas com Atenção Básica	• No. de comunidades indígenas com atenção básica implantada / número total de comunidades indígenas cadastradas (x100)	• percentagem	• Nacional / FUNASA	• 0150 - ETNODESENVOLVIMENTO DAS SOCIEDADES INDÍGENAS • FUNASA

• **Ampliar as visitas domiciliares pelo SUS**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
• Visita domiciliar por família/mês	• Relação entre o no. de visitas domiciliares de profissionais de saúde de nível superior, médio e agentes comunitários de saúde e o número total de domicílios (x100)	• percentagem	• Municípios/ SIA e IBGE	• 001 - SAÚDE DA FAMÍLIA • SPS

• **Reduzir a taxa de gastos com Internações no gasto total com Saúde Mental pelo SUS**

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Taxa de gastos com Internações por Transtornos Mentais no total de gastos com Saúde Mental no SUS	• Relação percentual entre o gasto com internações por transtornos mentais e o gasto total com Saúde Mental no SUS	• percentagem	• Municipal / SIA e SIH DATASUS - MS	• 0018 - SAÚDE MENTAL • SAS

4. Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde

• Elevar a disponibilidade de medicamentos genéricos

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Participação de medicamentos genéricos no mercado de medicamentos	• Relação percentual entre a quantidade total de medicamentos genéricos vendidos e o total de medicamentos vendidos	• percentagem	• Nacional / Indústria Farmacêutica e ANVISA	• 0005 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA • ANVISA

• Cadastrar os usuários SUS para emissão do Cartão Nacional de Saúde

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Taxa de Cadastramento de Usuários do SUS	• Número de cadastros validados / total de habitantes x 100	• percentagem	• Sistema de cadastramento de usuários do SUS / DATASUS	• 0004 - QUALIDADE E EFICIÊNCIA DO SUS • SIS

• Recadastrar os estabelecimentos de saúde

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Taxa de estabelecimentos de saúde cadastrados	• Número total estabelecimentos cadastrados / número total de estabelecimentos de saúde na base IBGE x 100	• percentagem	• DATASUS • BGE	• 0004 - QUALIDADE E EFICIÊNCIA DO SUS • SAS

• Fiscalizar as operadoras de Planos de Seguros de Saúde

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Taxa de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde fiscalizadas	• Relação percentual entre o nº de operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde fiscalizadas e o total de operadoras existentes x 100	• percentagem	• Nacional/ANS	• 0025 - SAÚDE SUPLEMENTAR • ANS

• Acompanhar a aplicação de recursos em ações e serviços de saúde, conforme Emenda Constitucional 29/2000

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Percentual de recursos próprios aplicados em saúde.	• Relação percentual entre a despesa própria com ações e serviços de saúde e a base de receitas vinculáveis de acordo com a EC 29/2000	• percentagem	• Governo Federal, Estados e Municípios, SIOPS	• 0016 - GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE • SIS

• Aumentar a oferta de transplantes

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Transplantes realizados	• Número total de transplantes realizados	• Unidade	• SIH/SUS	• 0023 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL, EMERGENCIAL E HOSPITALAR

• Fiscalizar a Indústria Farmacêutica

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Taxa de inspeções sanitárias realizadas nas indústrias farmacêuticas	• Número de indústrias farmacêuticas inspecionadas sobre o número total de indústrias cadastradas (x100)	• Percentagem	• Nacional e Estadual / ANVISA - MS	• 0024 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE PRODUTOS E SERVIÇOS •ANVISA

• Fiscalizar as Unidades Hemoterápicas de Alta Complexidade

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• % de Unidades Hemoterápicas inspecionadas (uma vez ao ano) em relação ao total de Unidades Hemoterápicas	• Número de Unidades Hemoterápicas inspecionadas (uma vez ao ano) sob Total de Unidades Hemoterápicas cadastradas x 100	• Percentagem	• Nacional e Estadual / ANVISA	• 0007 - QUALIDADE DO SANGUE. •ANVISA

5. Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde

• Capacitar os gestores municipais

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Percentual de Gestores Municipais Capacitados	• Relação entre o número de gestores Municipais capacitados e o total de gestores cadastrados no programa (x100)	• Percentagem	• Nacional / Programa Nacional de Capacitação de Gestores Municipais	• 0004 - QUALIDADE E EFICIÊNCIA DO SUS •SPS

• Qualificar os atendentes de enfermagem pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Taxa de qualificação de profissionais da área de enfermagem como auxiliares de enfermagem	• Relação entre número de atendentes de enfermagem qualificados nos cursos do PROFAE e o número de atendentes cadastrados.	• Percentagem	• Nacional / Informação do PROFAE	• 0009 - PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM •SIS

• Treinar os profissionais no módulo introdutório em Saúde da Família

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA / RESPONSABILIDADE
• Percentual de profissionais capacitados	• Relação entre o nº de profissionais das equipes de Saúde da Família capacitados no módulo e o número de profissionais existentes das equipes de saúde da família (x100)	• Percentagem	• Estadual / Pólos de Capacitação	• 001 - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA •SPS

• Implantar o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Taxa de cobertura populacional pelas equipes do programa	• Relação entre a população coberta pelas equipes e a população total (x100)	• Percentagem	• Municipal / Sistema de Informação do Programa	• 001 - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA •SPS

6. Qualificação do Controle Social

• Capacitar os conselheiros de saúde

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	UN. DE MEDIDA	BASE / FONTE	PROGRAMA /
• Taxa de conselheiros de saúde Capacitados	• Número de conselheiros de saúde capacitados / número de conselheiros de saúde existentes x 100	• Percentagem	• Nacional / CNS - Sistema de Monitoramento do Projeto de Capacitação de Conselheiros	• 0004 - QUALIDADE E EFICIÊNCIA DO SUS • SIS

27. PORTARIA GM/MS Nº 548, DE 12 DE ABRIL DE 2001

- Cria os Instrumentos de Gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, interino, no uso de suas atribuições legais, e considerando as disposições dos artigos 15 e 36 da Lei nº 8.080/90; do artigo 4º da Lei nº 8.142/90; do Decreto nº 1.232/94; do Decreto nº 1.651/95; da NOB/SUS 01/96; considerando a importância de orientar os gestores municipais e estaduais quanto ao processo de elaboração, tramitação e acompanhamento dos instrumentos de gestão previstos na legislação do SUS; e considerando a necessidade da padronização das informações para a comparabilidade e compatibilidade dos Planos de Saúde nos três níveis de direção do SUS, resolve:

Art. 1º. Aprovar, o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”, parte integrante desta portaria.

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

BARJAS NEGRI

ANEXO PT 548/GM/MS

1. INTRODUÇÃO

O atual momento de consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro apresenta uma série de oportunidades para a concretização de um salto qualitativo na atenção à saúde oferecida à população.

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001 - aponta a regionalização como estratégia fundamental para o incremento da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência, por meio da organização de sistemas de saúde funcionais englobando todos os níveis de atenção. A referida Norma define as responsabilidades de cada nível de governo na gestão do SUS e ressalta a importância da articulação permanente entre os diversos gestores como um dos principais elementos para

a melhoria do desempenho do sistema. Outros dispositivos normativos importantes para a política de saúde, recentemente publicados, como a Emenda Constitucional 29 e a Lei de Responsabilidade Fiscal, apresentam simultaneamente oportunidades e desafios significativos para as três esferas de governo.

Nesse sentido, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação dos desafios. O aprimoramento da qualidade e o monitoramento contínuo do desempenho dos gestores é de grande relevância neste contexto. É preciso desenvolver rotinas de monitoramento e de avaliação de desempenho das atividades previstas na PPI e nos planos de saúde. Dessa forma, pode-se obter um diagnóstico analítico para desenvolver estratégias e iniciativas de tomada de decisões, fortalecendo as capacidades de planejamento e de organização de sistemas estaduais, regionais e municipais - sem perder de vista a desejável flexibilidade e o incentivo à criatividade na gestão do sistema.

As orientações aqui contidas têm por finalidade auxiliar os gestores, os técnicos e os conselheiros do SUS na compreensão de instrumentos de gestão racionalizadores do processo de planejamento em saúde nas três esferas gestoras. As Agendas e os Planos de Saúde, os Quadros de Metas e os Relatórios de Gestão são balizados por princípios como:

- a) **Normatização:** visa a comparabilidade das informações em planos nacional, estaduais e municipais, sem provocar constrangimento da criatividade dos gestores na formatação e prestação de outras informações consideradas relevantes;
- b) **Objetividade:** a tendência ao formalismo, ao ritualismo e ao cartorialismo cede lugar à objetividade e à praticidade de novos instrumentos efetivos de planejamento, de programação e de prestação de contas, afastando qualquer duplicidade em benefício da simplificação, da clareza, da responsabilização e da transparência das informações e da disseminação das mesmas.;
- c) **Sintonia com o Plano Plurianual para o quadriênio 2000-2003:** os novos instrumentos de planejamento, de programação e de prestação de contas e seus conteúdos estão sintonizados com as metas mais gerais do Governo Brasileiro, traduzidas e difundidas amplamente através do Plano Plurianual 2000-2003 - PPA;
- d) **Definição de Indicadores de Saúde:** procura estar adequada às diferentes realidades políticas, institucionais e epidemiológicas do País. Os Indicadores podem ser revistos a cada período de tempo, nos moldes hoje vigentes, por exemplo, no Pacto da Atenção Básica;
- e) **Alcance e Adequação aos Sistemas de Informação em Saúde:** os instrumentos aqui propostos contemplam aspectos que ultrapassam a assistência médica hospitalar e ambulatorial, alcançando os campos da saúde coletiva, das vigilâncias sanitária e epidemiológica, da inter-setorialidade, do controle social, da capacitação, da produção de

insumos, da produção científica, etc. Tais instrumentos estão também ajustados às lógicas dos sistemas de informação em saúde em operação (SIAB, SIM, SINASC, SINAN, etc.), bem como de outros projetos em curso, como SIOPS e Cartão SUS.

O processo de elaboração dos instrumentos de gestão aqui descritos apresenta alguns aspectos que devem ser ressaltados:

- a) articulação entre os diversos instrumentos, suas etapas de tramitação e seus respectivos níveis de responsabilidade. Ou seja, definição de prioridades (agenda) como subsídios para os planos de saúde e para as programações, com o destaque de um conjunto de metas adaptadas às circunstâncias locais e regionais, que servirão de base à prestação de contas (quadro de metas e relatório de gestão) e à retroalimentação do processo de planejamento;
- b) vinculação com o processo de elaboração da proposta orçamentária em cada de nível de governo de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e planos plurianuais;
- c) definição precisa das instâncias, dos fluxos, dos prazos e das responsabilidades em cada etapa e em cada nível do processo;
- d) circulação das informações entre as três esferas de gestão do SUS e correspondentes conselhos e comissões intergestores;
- e) ênfase em uma abordagem estratégica, fundada em compromissos e em acordos com relação a metas e a prioridades entre os diferentes gestores;
- f) padronização de instrumentos sem comprometimento das nuances da realidade local, com flexibilidade para inclusão de indicadores e metas adequados à mesma.

2. VISÃO GERAL DO PROCESSO

O quadro a seguir permite uma visão panorâmica preliminar dos referidos instrumentos, em termos de sua descrição, sistemas de fluxos e processo de elaboração.

instrumento	descrição	fluxos	referências
1. AGENDA	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades e estratégias justificadas e detalhadas por esfera de governo; etapa prévia do processo de planejamento da gestão em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descendente: gestores federal -> estaduais -> municipais e correspondentes conselhos e comissões intergestores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Subsídios políticos e epidemiológicos.
2. PLANO DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução, diagnóstico situacional, prioridades, estratégias, análise estratégica, programação, quadro de metas, conclusões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ascendente: gestores municipais-> estaduais -> federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metas e intenções da gestão.
3. QUADRO DE METAS	<ul style="list-style-type: none"> • Metas quantificadas por esfera de governo; base para elaboração dos relatórios de gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ascendente: gestores municipais-> estaduais -> federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo do Plano, destacando metas da agenda.
4. RELATÓRIO DE GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ascendente: gestores municipais-> estaduais -> federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tópicos do Quadro de Metas demonstrados e justificados.

O sistema de fluxos caracteriza-se por sua natureza sucessivamente descendente e ascendente, com a contínua interlocução com os correspondentes conselhos de saúde e comissões intergestores:

a) no fluxo descendente, o Ministério da Saúde dá início ao processo, estabelecendo eixos prioritários de intervenção, objetivos e indicadores em uma Agenda Nacional de Saúde. Essa Agenda, em cada nível de gestão, vai sendo adequada, através de ampliações ou reduções

em seus conteúdos, observando-se as especificidades locais;

b) como início do fluxo ascendente, são formulados, em cada esfera de gestão (sucessivamente municípios, estados e União), os Planos de Saúde, dos quais se destacam os Quadros de Metas inspirados na Agenda de Saúde. Os Quadros de Metas, por sua vez, transformam-se no referencial que orientará a elaboração do Relatório de Gestão.

Assim, o processo de elaboração das Agendas, dos Planos e dos Relatórios de Gestão deverá ser, por natureza, integrado entre as três esferas de governo e aprovado pelas instâncias de controle social de cada nível.

3. DETALHAMENTO DOS INSTRUMENTOS

3.1. Agenda de Saúde

As Agendas de Saúde - nacional, estaduais e municipais - deverão destacar e justificar os eixos prioritários de intervenção, os objetivos, os indicadores e as metas prioritárias da Política de Saúde em cada esfera de governo e em cada exercício anual. São resultantes de negociação e consenso entre Órgãos Gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores.

A elaboração das Agendas de Saúde constitui a etapa inicial do processo. Elas são compostas pelo conjunto de eixos, justificados e detalhados em objetivos para cada esfera de governo. A Agenda de Saúde é uma espécie de “embrião” dos Planos de Saúde e de suas revisões anuais e, por conseqüência, dos Quadros de Metas e dos Relatórios de Gestão correspondentes.

As Agendas de Saúde, ao serem consolidadas e adaptadas em cada esfera de governo, comporão um processo de responsabilização progressiva, tendo por base as referências políticas, epidemiológicas e institucionais de cada esfera, sempre com a homologação do Conselho de Saúde correspondente. O processo de construção da Agenda tem, assim, um percurso sucessivamente federal, estadual e municipal.

A periodicidade de elaboração da Agenda é anual. Constituem elementos típicos para a elaboração da Agenda as diversas referências políticas (planos de governo, pactos, deliberações dos Conselhos, etc), técnicas e epidemiológicas.

3.2. Planos de Saúde

Os Planos de Saúde - nacional, estaduais e municipais - são as bases das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS. Portanto, devem corresponder ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera de governo, sendo revistos a cada ano em função das Agendas de Saúde e da PPI.

Os Planos de Saúde são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma ótica analítica. Devem ser submetidos na íntegra aos conselhos de saúde correspondentes, em cada nível de gestão do SUS. Aos conselhos é recomendado promover debates para esclarecimento e para determinar alterações, se julgarem necessário.

Dessa forma, o Plano de Saúde (PS) consolida, em cada esfera, o processo de planejamento em saúde para dado período, devendo para tanto incorporar o objeto das programações em saúde. O processo por ele desencadeado tem trajetória “ascendente”: esfera municipal >> estadual >> federal.

A periodicidade de elaboração deste instrumento é quadrienal. Contudo, ele deve ser revisto anualmente em função de novas metas de gestão e de atenção eventualmente incorporadas, bem como em decorrência do processo de programação pactuada e integrada, que é anual. (ver Quadro de Metas).

De acordo com a Lei nº 8.080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão, no que concerne à saúde, pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração de suas respectivas propostas orçamentárias anuais.

Assim, as ações previstas nos planos de saúde (e em suas revisões anuais) devem constituir a base sobre a qual será feita a proposta orçamentária para a área da saúde. Diante do conteúdo da Emenda Constitucional 29, essa vinculação torna-se ainda mais imperiosa para que se possa dar efetividade e continuidade à política de saúde.

Os elementos típicos para a elaboração do Plano de Saúde são os mesmos citados em relação à Agenda de Saúde.

3.3. Quadro de Metas

Os Quadros de Metas - nacional, estaduais e municipais - são partes integrantes dos Planos de Saúde que servirão de base para elaboração dos relatórios de gestão. Deverão conter os indicadores e as metas prioritárias de cada esfera de governo em cada exercício anual.

Os Quadros de Metas (QM) constituirão a base (“espelho”) para elaboração dos Relatórios de Gestão em cada esfera de governo. Os QM, parte “destacável” e sintética dos Planos de Saúde, serão analisados e consolidados pela esfera seguinte (SES ou MS) na lógica ascendente que parte dos municípios. Os conselhos de saúde e as comissões intergestores (CIB e CIT) poderão, no que lhes couber, determinar ou pactuar alterações nos QM.

Da mesma forma que os Planos de Saúde, os Quadros de Metas terão construção tipicamente ascendente (municípios >> estados >> MS) mediante um processo de consolidação e revisão crítica. A totalidade daí decorrente, não mais uma simples “soma das partes”, passa a ter estatuto de compromisso entre esferas, e não de uma formulação abstrata ou ritual, que não reflete a realidade.

Dado que sua formulação é anual, os Quadros de Metas podem representar um detalhamento ou uma redefinição mais ágil das metas estabelecidas nos Planos de Saúde, que são quadrienais.

O elemento típico do QM é a síntese das metas e da programação em saúde propriamente dita.

3.4. Relatórios de Gestão

Os Relatórios de Gestão - nacional, estaduais e municipais - deverão avaliar o cumprimento dos objetivos e das metas explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo em cada exercício anual, sendo elaborados pelos Gestores e submetidos aos Conselhos de Saúde.

O Relatório de Gestão (RG) destina-se a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS às instâncias formais do SUS, ao Legislativo, ao Ministério Público e à sociedade como um todo. Este instrumento deve possibilitar o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada. O RG proporciona ainda subsídios para a avaliação e para a confecção das Agendas de Saúde e, conseqüentemente, dos Planos de Saúde subseqüentes.

O RG é elaborado a partir da matriz de informações constituída pelo Quadro de Metas. Sua elaboração compete ao respectivo gestor do SUS, mas deve ser obrigatoriamente referendado pelos conselhos e comissões intergestores.

Assim como os quadros de metas, sua formulação é anual. O processo desencadeado pela elaboração e acompanhamento dos RG tem trajetória «ascendente», da esfera municipal para a estadual e a seguir para a federal.

Os elementos típicos do RG são: o diagnóstico situacional, ao qual se agregam as prioridades estabelecidas; e uma análise estratégica que permita a comparação crítica entre o previsto e o realizado, mediante a focalização do quadro-síntese das metas e da programação em saúde explicitadas no QM, bem como da aplicação dos recursos financeiros. O acompanhamento orçamentário-financeiro será realizado por meio das planilhas e indicadores disponibilizados pelo SIOPS.

4. OPERACIONALIZAÇÃO

4.1. Esfera Federal

a) Agenda Nacional de Saúde

A preparação da Agenda Nacional de Saúde pelo Ministério da Saúde desencadeia o processo de aplicação dos instrumentos de gestão nos três níveis do sistema de saúde. A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do Ministério da Saúde, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são: (a) os planos de Governo para a saúde e área social, constantes do PPA; (b) os acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário; (c) os pactos firmados entre gestores; (d) planos de saúde e relatórios de gestão pré-existentes; (e) informações institucionais e epidemiológicas; (f) decisões oficiais do Conselho Nacional de Saúde que tenham implicação no conteúdo da Agenda; (g) outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade nacional.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Nacional de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esta finalidade, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao Ministério da Saúde. Na etapa seguinte, ou seja, após revisão da Agenda em conformidade com as recomendações emanadas do CNS, realiza-se a divulgação ampla do documento à sociedade e, particularmente, aos gestores estaduais, para os quais servirá de base para a elaboração das respectivas agendas de saúde.

A Agenda Nacional de Saúde deverá ser elaborada e devidamente homologada pelo Conselho Nacional de Saúde até o mês de março de cada ano. Ela é a base para a elaboração (quadrienal) e revisão (anual) do Plano Nacional de Saúde do ano subsequente e das agendas de saúde estaduais e municipais.

b) Plano Nacional de Saúde (PNS)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento constituem competência exclusiva do Ministério da Saúde, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde apreciá-lo e propor as

modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as mesmas utilizadas na elaboração da Agenda Nacional de Saúde.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Nacional de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o ao Ministério da Saúde. A etapa imediatamente seguinte é o destaque do Quadro de Metas, aprovado pelo CNS como parte integrante do Plano.

A formulação e o encaminhamento do PNS ao Conselho Nacional de Saúde deverão ocorrer até o mês de julho do primeiro ano do quadriênio de governo, com revisões também até o mês de julho de cada ano, de acordo com modificações na Agenda de Saúde do mesmo ano e com a incorporação da seção referente às informações orçamentário-financeiras.

c) Quadro de Metas (QM)

Considerando que o Quadro de Metas é parte integrante do Plano Nacional de Saúde, as etapas de formulação correspondem àquelas descritas para o PNS.

O QM será elaborado anualmente, quer em decorrência da elaboração quadrienal ou da revisão anual do plano de saúde.

d) Relatório de Gestão (RG)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do Ministério da Saúde. A referência a ser utilizada para sua elaboração deve ser basicamente o QM, a partir do qual o RG será elaborado.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Nacional de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para essa finalidade. Na etapa seguinte, faz-se o encaminhamento ao Ministério Público, submetendo-o ainda à apreciação em Audiências Públicas, conforme determina a lei.

O prazo para formulação do RG e encaminhamento ao CNS é o mês de fevereiro de cada ano, referindo-se ao exercício da gestão no ano anterior (janeiro a dezembro).

4.2. Esfera Estadual

a) Agenda Estadual de Saúde

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor estadual, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgar pertinentes. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as seguintes: (a) a Agenda Nacional de Saúde; (b) os documentos disponíveis contendo as diretrizes de governo para a saúde; (c) tanto o Plano Estadual de Saúde como Relatório de Gestão pré-existentes, mesmo se elaborados em outra administração; (d) informações institucionais e epidemiológicas locais disponíveis; (e) decisões oficiais do

Conselho Estadual de Saúde que tenham implicação no conteúdo da Agenda; (f) outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade local.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Estadual de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor estadual. Em seguida deverá ser dada ampla divulgação da AC, de modo a alcançar todos os municípios do Estado. Em etapa imediatamente seguinte, inicia-se a elaboração do Plano Estadual de Saúde - PES. Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação da Agenda como o encaminhamento ao CES deverão ser feitos até o mês de abril de cada ano, para permitir a elaboração (quadrienal) ou revisão (anual) subsequente do PES.

b) Plano Estadual de Saúde (PES)

A formulação e o encaminhamento deste documento são de competência exclusiva do gestor estadual, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as utilizadas na elaboração da Agenda de Saúde.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Estadual de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor estadual.

A etapa imediatamente seguinte é o destaque do Quadro de Metas, já aprovado pelo CES como parte integrante do Plano e seu encaminhamento ao Ministério da Saúde.

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação como o encaminhamento do PES ao Conselho Estadual de Saúde, em primeira instância, como ao Ministério da Saúde, posteriormente, deverão ocorrer até o mês de junho do primeiro ano do quadriênio de governo, com revisões eventuais também até o mês de junho de cada ano, de acordo com modificações na Agenda de Saúde do mesmo ano.

c) Quadro de Metas (QM)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor estadual, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e corrigi-lo no ato da análise do Plano Estadual de Saúde, do qual é parte integrante. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são, naturalmente, as mesmas utilizadas na Agenda e no PES.

O encaminhamento inicial é o mesmo do PES, do qual o QM é parte integrante, ou seja: (a) ao Conselho Estadual de Saúde e (b) ao Ministério da Saúde.

Do ponto de vista dos prazos, obedeça-se ao já disposto para o PES.

d) Relatório de Gestão (RG)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do

gestor estadual. A referência a ser utilizada para sua elaboração deve ser basicamente o QM, a partir do qual o RG será elaborado.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Estadual de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esta finalidade. Na etapa seguinte, faz-se o encaminhamento ao Ministério da Saúde e ao Ministério Público, submetendo-o ainda à apreciação em Audiências Públicas, conforme determina a lei

Do ponto de vista dos prazos, a formulação e o encaminhamento ao CES deverão ser feitos até o dia 20 (vinte) de fevereiro de cada ano, referindo-se ao exercício da gestão no ano anterior (janeiro a dezembro).

4.3. Esfera Municipal

a) Agenda Municipal de Saúde

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias.

As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as seguintes: (a) a Agenda de Estadual de Saúde, que por sua vez deriva da Nacional; (b) os documentos disponíveis contendo as diretrizes do governo local para a saúde; (c) tanto o Plano Municipal de Saúde como Relatório de Gestão pré-existentes, mesmo se elaborados em outra administração; (d) informações institucionais e epidemiológicas locais disponíveis; (e) decisões oficiais do Conselho Municipal de Saúde que tenham implicação no conteúdo da Agenda e, além disso, outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade local.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Municipal de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor municipal. Na etapa seguinte, ou seja, após revisão da Agenda em conformidade com as recomendações emanadas do CMS, realiza-se a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS, ver item seguinte).

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação da Agenda como o seu encaminhamento ao CMS deverão ser feitos até o mês de maio de cada ano, para permitir a elaboração (quadrienal) ou revisão (anual) subsequente do PMS.

b) Plano Municipal de Saúde (PMS)

A formulação e o encaminhamento deste documento são de competência exclusiva do Gestor Municipal, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as utilizadas na elaboração da Agenda de Saúde.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Municipal de Saúde, que analisará o

documento, em sessão especialmente convocada e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor municipal. A etapa imediatamente seguinte é o destaque do Quadro de Metas, já aprovado pelo CMS como parte integrante do Plano e seu encaminhamento ao Gestor Estadual.

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação como o encaminhamento do PMS - ao Conselho Municipal de Saúde, em primeira instância, e ao Gestor Estadual, posteriormente - deverão ocorrer até o mês de maio do primeiro ano do quadriênio de governo, com revisões eventuais também até o mês de maio de cada ano, de acordo com modificações na Agenda de Saúde do mesmo ano.

c) Quadro de Metas (QM)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgar necessárias no ato da análise do Plano Municipal de Saúde, do qual é parte integrante. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são, naturalmente, as mesmas utilizadas na AC e no PMS.

O encaminhamento inicial é o mesmo do PMS, do qual o QM é parte integrante, ou seja: (a) ao Conselho Municipal de Saúde e (b) ao Gestor Estadual.

Do ponto de vista dos prazos, obedeça-se ao já disposto para o PMS.

d) Relatório de Gestão (RG)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do Gestor Municipal. A referência a ser utilizada para sua elaboração deve ser basicamente o QM, a partir do qual o RG será elaborado.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Municipal de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para essa finalidade. Na etapa seguinte, faz-se o encaminhamento posterior ao Gestor Estadual e ao Ministério Público, submetendo-o ainda a Audiências Públicas, conforme determina a lei.

Do ponto de vista dos prazos, sua formulação deve iniciar-se em dezembro e seu encaminhamento ao CES deve ocorrer até 20 (vinte) de janeiro de cada ano, referindo-se ao exercício da gestão no ano anterior (janeiro a dezembro).

5. FLUXO DE ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

O processo de elaboração e aplicação dos instrumentos de gestão aqui apresentados pode ser sistematizado como se segue, tendo como abertura a formulação de cada instrumento, passo a passo:

1. Primeiro momento: elaboração e difusão da Agenda Nacional Saúde

Passo 1: o gestor nacional formula a Agenda Nacional com a participação do CNS.

Passo 2: a Agenda Nacional é difundida aos estados, que ao elaborarem suas agendas incorporam as prioridades nacionais no que couber.

Passo 3: a Agenda Estadual é difundida aos municípios respectivos, que ao elaborarem suas agendas incorporam as prioridades estaduais no que couber.

Passo 4: os gestores estaduais e municipais elaboram as respectivas agendas, com participação dos conselhos, e promovem sua divulgação.

2. Segundo momento: elaboração e encaminhamento dos Planos de Saúde e dos Quadros de Metas

Passo 1: a partir das prioridades e metas definidas na agenda da esfera respectiva, tendo por base a Agenda Nacional, os gestores elaboram os planos de saúde e correspondentes quadros de metas, com participação dos conselhos.

Passo 2: os quadros de metas são encaminhados pelos gestores municipais ao gestor estadual e por este, uma vez consolidados, ao Ministério da Saúde.

Passo 3: Os gestores federal e estaduais revêem e analisam a coerência dos quadros de metas recebidos, respectivamente, dos estados e dos municípios.

Passo 4: os gestores federal e estaduais consolidam os quadros de metas dos estados e dos municípios.

3. Terceiro momento: elaboração e encaminhamento dos Relatórios de Gestão

Passo 1: a partir dos quadros de metas respectivos, os gestores estaduais e municipais elaboram seus relatórios de gestão.

Passo 2: os relatórios de gestão são encaminhados pelos gestores municipais ao gestor estadual, que os analisa e os consolida.

Passo 3: os relatórios de gestão consolidados são encaminhados pelos gestores estaduais ao Ministério da Saúde.

Passo 4: os relatórios de gestão são encaminhados ao Ministério Público e submetidos a Audiências Públicas, nos termos da lei.

6. MEDIDAS EM CASO DE OMISSÃO E INADIMPLÊNCIA NA FORMULAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO

A formulação e a apresentação das agendas e dos planos de saúde, dos quadros de metas e dos relatórios de gestão constitui tarefa típica e insubstituível dos gestores do SUS, subsidiados pelos conselhos respectivos, dentro de uma dinâmica de auto-responsabilização, de solidariedade, de integração e de pactuação.

O não cumprimento de quaisquer de seus dispositivos implicará, em primeiro lugar, na notificação ao interessado e na oferta de apoio técnico para a solução do problema, através de ações de acompanhamento e da capacitação no que for cabível. Tais medidas constituem obrigação das SES, quando o problema for verificado em qualquer de seus municípios, e do MS, no caso de o não cumprimento partir dos estados.

Casos de omissão reiterada ou não justificada na prestação dos compromissos aqui previstos deverão gerar procedimentos corretivos específicos e eventualmente penalidades previstas em lei, guardando-se, em todos os casos, o direito de defesa, mediante apresentação de recurso, à parte faltosa.

Completados os prazos previstos para apresentação dos instrumentos por parte dos gestores, com tolerância máxima de 30 dias, o Ministério da Saúde ou as secretarias estaduais, no que lhes couber, deverão preparar uma lista das inadimplências verificadas e, de imediato, agendar visitas ou outros contatos de esclarecimento, para apurar as causas das omissões.

Será concedido aos inadimplentes novo período para correção das irregularidades, não superior a 30 dias. Desta forma, a lista acima referida deverá estar depurada das situações já resolvidas, deixando registradas apenas as inadimplências persistentes e consideradas passíveis de procedimentos específicos ou penalidades, a serem submetidas à CIB ou à CIT, nos casos respectivos de inadimplências municipais ou estaduais, para homologação das medidas cabíveis.

7. CRONOGRAMA

8. REFERÊNCIAS NORMATIVAS E TÉCNICAS

PLANOS DE SAÚDE (ESPECIFICAÇÃO/EMENTA)

Lei nº 8.080; art. 15 / Estabelece, como atribuição comum à União, estados e municípios a elaboração e a atualização periódica do plano de saúde, de conformidade com o qual deve ser elaborada a proposta orçamentária.

Lei nº 8.080; art. 36; parágrafos 1º e 2º / Define o processo de planejamento do SUS como ascendente, ouvidos os órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades com as disponibilidades de recursos em Planos de Saúde das três esferas de governo; os Planos serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS; vedadas

transferência de recursos para ações não previstas em Planos de Saúde.

Lei nº 8.142; art. 4º / Estabelece a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão para recebimento de recursos transferidos.

Decreto nº 1.232/94 / Estabelece como conteúdo dos Planos de Saúde a definição de percentuais orçamentários para financiamento das atividades e programas de saúde em cada esfera de governo.

Decreto nº 1.651/95 (S. N. Auditoria) / Define que a análise de Planos de Saúde, programações e Relatório de Gestão permitirá o cumprimento das atividades do SNA.

NOB/SUS 01/96 / Define que PS e RG, devidamente aprovados nos Conselhos de Saúde, integram o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão previstas na NOB.

Define como conteúdos para PS: “estratégias, prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo da integração das programações dos sistemas municipais”, em um processo de planejamento articulado e interdependente.

RELATÓRIOS DE GESTÃO (ESPECIFICAÇÃO/EMENTA)

Lei nº 8.080; art. 33, parágrafo 4º / Estabelece a necessidade de acompanhamento, da conformidade à programação aprovada, dos recursos repassados a estados e municípios.

Lei nº 8.142; art. 4º / Estabelece a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão para recebimento de recursos transferidos.

Decreto nº 1.651/95 (Sistema Nacional Auditoria).

- Define que a análise de Planos de Saúde, programações e Relatório de Gestão permitirá o cumprimento das atividades do SNA.
- Explicita que o RG é o instrumento de acompanhamento financeiro, do funcionamento dos serviços e da eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS.
- Define o conteúdo dos RG: (a) programação e execução física e financeira de atividades; (b) comprovação de resultados alcançados referentes aos Planos de Saúde; (c) demonstração quantitativa da aplicação de recursos financeiros próprios e transferidos.

NOB/SUS 01/96 / Define que RG, devidamente aprovados nos Conselhos de Saúde, integram o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão previstas na NOB.

AGENDA DE SAÚDE (ESPECIFICAÇÃO/EMENTA)

Portaria MS nº 393/2001 / As Agendas de Saúde - Nacional, estaduais e municipais - deverão destacar e justificar os eixos prioritários, objetivos, e indicadores da Política de Saúde em cada esfera de governo e em cada exercício anual e são resultantes de negociação e consenso entre Órgãos Gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores.

PLANO PLURIANUAL (PPA) (ESPECIFICAÇÃO/EMENTA)

Lei nº 9.989/2000 / Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2000/2003, elaborado a partir das diretrizes estratégicas do Governo Federal: (a) consolidar a estabilidade econômica; (b) promover o desenvolvimento e o crescimento sustentado; (c) consolidar a democracia e a defesa dos direitos humanos; (d) reduzir as desigualdades inter-regionais.

EPIDEMIOLOGIA

Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999 MS/FUNASA: Programação Pactuada e Integrada - Epidemiologia e Controle de Doenças. / Regulamenta que as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD

28 . RESOLUÇÃO Nº 316, DO CNS, DE 4 DE ABRIL DE 2002 - Aprova diretrizes para a aplicação da EM-29.

O PLENÁRIO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, em sua Centésima Décima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de abril de 2002, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e conforme estabelecido no artigo 77, § 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT, considerando:

a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000, vinculando os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde;

serem os dispositivos da Emenda Constitucional nº 29 auto-aplicáveis;

a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal;

a necessidade de haver ampla discussão pública para a elaboração da Lei Complementar prevista no § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, de forma a disciplinar os dispositivos da Emenda Constitucional nº 29;

os esforços envidados pelos gestores do SUS, com a realização de amplas discussões e debates sobre a implementação da Emenda Constitucional nº 29, com o intuito de promover a aplicação uniforme e harmônica dos ditames constitucionais;

as discussões realizadas pelo grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas - ATRICON, resultando na elaboração do documento “Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29”; e

os subsídios colhidos nos seminários sobre a “Operacionalização da Emenda Constitucional 29”, realizados em setembro e dezembro de 2001, com a participação de representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;

resolve:

aprovar as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000:

Da Base de Cálculo para Definição dos Recursos Mínimos a serem aplicados em Saúde

Primeira Diretriz: A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o Art. 77 do ADCT, dar-se-á a partir das seguintes bases de cálculo:

I - para a União, até o ano de 2004, o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo;

II - para os Estados:

- Total das receitas de impostos de natureza estadual:

ICMS, IPVA, ITCMD

- (+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte do FPE

Cota-Parte do IPI - Exportação

Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

- (+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF

- (+) Outras receitas correntes:

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

- (-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios:

ICMS (25%),

IPVA (50%),

IPI - Exportação (25%),

(=) Base de Cálculo Estadual

III - Para os Municípios:

- Total das receitas de impostos municipais:

ISS, IPTU, ITBI

- (+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir)

- (+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF

- (+) Receitas de transferências do Estado:

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI - Exportação

• (+) Outras Receitas Correntes:

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) Base de Cálculo Municipal

IV - Para o Distrito Federal:

BASE DE CÁLCULO ESTADUAL	BASE DE CÁLCULO MUNICIPAL
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI-exportação (75%)	Quota-parte IPI-exportação (25%)
transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

Dos Recursos Mínimos a serem aplicados em Saúde

Segunda Diretriz: Para a União, a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, b, do ADCT, deverá ser observado o seguinte:

I - a expressão “o valor apurado no ano anterior”, previsto no Art. 77, II, b, do ADCT, é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional, para o ano anterior;

II - em cada ano, até 2004, o valor apurado deverá ser corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária (a ser identificada no ano em que se executa o orçamento).

Terceira Diretriz: Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação, prevista no Art. 77, do ADCT.

§ 1º. Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido não superior a sete por cento deverão aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subsequentes, conforme o quadro abaixo.

Percentuais Mínimos de Vinculação		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

§ 2º. Os entes federados que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderão reduzi-lo, retornando aos sete por cento. A diferença entre o efetivamente aplicado e o percentual final estipulado no texto constitucional deverá ser abatida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 deverá ser, no mínimo, o previsto no art. 77 do ADCT.

Quarta Diretriz: O montante mínimo de recursos a serem aplicados em saúde pelo Distrito Federal deverá ser definido pelo somatório (i) do percentual de vinculação correspondente aos estados aplicado sobre a base estadual definida na primeira diretriz com (ii) o percentual de vinculação correspondente aos municípios aplicado sobre a base municipal definida na primeira diretriz, seguindo a regra de progressão prevista no artigo 77 da ADCT, conforme abaixo demonstrado:

Ano	Montante Mínimo de Vinculação
2000	0,07 (Base Estadual + 0,070 (Base Municipal
2001	0,08 (Base Estadual + 0,086 (Base Municipal
2002	0,09 (Base Estadual + 0,102 (Base Municipal
2003	0,10 (Base Estadual + 0,118 (Base Municipal
2004	0,12 (Base Estadual + 0,150 (Base Municipal

Parágrafo Único. Aplica-se ao Distrito Federal o disposto no § 2º da Terceira Diretriz.

Das Ações de Serviços Públicos de Saúde

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras

despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I - sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; III - sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.
Parágrafo Único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT.

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II - vigilância sanitária;
- III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV - educação para a saúde;
- V - saúde do trabalhador;
- VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII - assistência farmacêutica;
- VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
- X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;
- XIV - atenção especial aos portadores de deficiência;
- XV - ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

§ 1. No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para

essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

§ 2º. No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1/1/2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

Sétima Diretriz: Em conformidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC nº 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

I - pagamento de aposentadorias e pensões;

II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III - merenda escolar;

IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;

VII - ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

VIII - ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

§ 1º. No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 2º. No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

Dos Instrumentos de Acompanhamento, Fiscalização e Controle

Oitava Diretriz: Os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde - SIOPS serão utilizados como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo Único. Os Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais,

poderão, a qualquer tempo, solicitar, aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema, retificações nos dados registrados pelo SIOPS.

Nona Diretriz: O Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, criado pela Portaria Interministerial nº 1.163, de outubro de 2000, do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, divulgará as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 aos demais órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

Décima Diretriz: Na hipótese de descumprimento da EC n(29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da EC n(29 no exercício anterior. Além disso, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada, sem prejuízo das sanções previstas na Constituição e na legislação.

Resolução aprovada, por unanimidade, pelo Plenário do CNS na 118ª Reunião Ordinária, em 4 de abril de 2002, com as alterações sugeridas e incorporadas na 120ª Reunião Ordinária, em 6 de junho de 2002.

29 . PORTARIA GM/MS Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002 - Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2002.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção; considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único; considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde - SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica/SUS 01/96, de 5 de novembro de 1996; e considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 7 de dezembro de 2001; considerando o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2º. Esta Portaria entra data de sua publicação, cessando os efeitos da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial nº 20-E, de 29 de janeiro de 2001, Seção 1.

BARJAS NEGRI

ANEXO - NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE/SUS - NOAS/SUS 01/02

INTRODUÇÃO

A presente Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS/SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A partir da publicação da NOAS/SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do CONASS, e as Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta.

Durante este percurso, em algumas unidades da federação foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001. Neste sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 07 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram.

Ainda como resultado do processo de elaboração da NOAS/SUS 01/02 e com o objetivo de facilitar sua utilização, este documento incorporou definições da regulamentação

complementar relacionadas aos temas que foram objeto do acordo, que, na versão anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos.

Enfim, cabe destacar que esta NOAS/SUS 01/02, ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS/SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

Capítulo I - Da Regionalização

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

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

I.1. DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

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

3. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

4. O PDR deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

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

- assistência pré-natal, parto e puerpério;

- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

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

5. Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no PDR:

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

b) Módulo Assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 8 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada/GPAB-A, com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou

- município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada / GPAB-A, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

- c) Município-sede do módulo assistencial (GPSM ou GPAB-A) - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.
- d) Município-pólo (GPSM ou GPAB-A) - município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.
- e) Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde. Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo estado.

6. Para se qualificarem aos requisitos da NOAS SUS 01/02, os estados e o Distrito Federal deverão submeter à CIT os produtos, bem como os meios de verificação correspondentes, definidos no Anexo 6 desta norma, contendo, no mínimo:

- a) a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;
- b) a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
- c) o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos;
- d) a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios-sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
- e) os mecanismos de relacionamento intermunicipal como organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;
- f) a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;
- g) a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual;

6.1. Os produtos relativos à qualificação dos estados e do Distrito Federal aos requisitos desta Norma, no que tange a sua elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação, obedecerão ao seguinte:

6.1.1. na sua elaboração:

- a) Cabe às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, que deverá contemplar uma lógica de planejamento que envolva os municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais

de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais.

b) O PDR deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais, observando assim a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência.

c) O PDR subsidiará o processo de qualificação de regiões/microrregiões.

6.1.2. na tramitação:

a) A Secretaria de Saúde do estado ou do Distrito Federal deverá encaminhar o os produtos à respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que deverá convocar reunião para análise e aprovação, após, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento da proposta;

b) Aprovado o Plano Diretor de Regionalização e demais produtos, a CIB deverá remetê-la ao Conselho Estadual de Saúde - CES, que terá 30 (trinta) dias para apreciação e deliberação.

c) Após aprovado nas instâncias estaduais, a Secretaria Estadual de Saúde deverá encaminhar o PDR e demais produtos à Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, que encaminhará a documentação referida à Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS e à Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/ MS, para análise de conteúdo e viabilidade; após o que procederão ao encaminhamento destes, com parecer, à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação e homologação.

d) Caso não seja homologada pela CIT, a referida documentação deverá ser devolvido à respectiva Secretaria Estadual de Saúde, para ajuste e análise das recomendações e novamente submetido à apreciação da CIB e do CES.

e) em caso de alteração do PDR pelo estado ou Distrito Federal após sua homologação pela CIT, deverá ser observada a mesma tramitação definida para a proposta original.

I.2. DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

7. Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde.

7.1. Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no Anexo 1 desta Norma.

7.2. As ações de que trata o Anexo 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, respeitado o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído

pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, e regulamentado anualmente em portaria específica.

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

7.4. Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, foi instituído o PAB Ampliado, e seu valor definido em Portaria do Ministério da Saúde, sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB Ampliado não sofrerão alteração no valor per capita do PAB fixo destinado ao seu município.

7.5. Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB Ampliado, após assumirem a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, mediante avaliação pela Secretaria Estadual de Saúde, aprovação pela CIB, e homologação pela CIT.

7.6. A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a unidade organizacional do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo de avaliação da Atenção Básica para efeito de habilitação e manutenção nas condições de gestão definidas nesta Norma.

I.3. DOS MÓDULOS ASSISTENCIAIS E DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES

8. Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

8.1. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) e de internação hospitalar, detalhadas no Anexo 3 desta Norma.

9. O financiamento federal do conjunto de serviços do M1 adotará a seguinte lógica:

9.1. O financiamento das atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1), será feito com base na programação de um valor per capita nacional mínimo, definido em Portaria do Ministro da Saúde.

9.2. O financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Limite Financeiro Global da Assistência de cada Unidade da Federação.

9.3. Para apoiar o processo de qualificação das regiões/microrregiões e garantir os recursos per capita para o financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) para toda a população brasileira, o Ministério da Saúde adicionará recursos ao Limite Financeiro dos Estados, conforme definido em Portaria específica, sendo que a destinação destes recursos estará descrita na PPI dos estados e do Distrito Federal, devendo sua

incorporação ao Limite Financeiro dos Estados ocorrer na medida em que forem efetivadas as qualificações das regiões/microrregiões assistenciais.

9.4. Serão qualificadas apenas as regiões/microrregiões nas quais a PPI estadual tenha definido a alocação dos recursos destinados ao financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) na(s) sede(s) de módulo(s) assistencial(is).

9.5. Nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do M1 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

10. O repasse dos recursos de que trata o Subitem 9.3 - Item 9 - Capítulo I, desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

11. A qualificação compreende o reconhecimento formal da constituição das regiões/microrregiões, da organização dos sistemas funcionais de assistência à saúde e do compromisso firmado entre o estado e os municípios componentes dos módulos assistenciais, para a garantia do acesso de toda a população residente nestes espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde relativo ao M1, acrescidos de um conjunto de serviços com complexidade acima do módulo assistencial, de acordo com o definido no PDR.

12. Os requisitos para a qualificação de cada região/microrregião e respectivos instrumentos de comprovação estão listados no Anexo 7 desta Norma.

13. A solicitação de qualificação de cada região/microrregião de saúde deverá ser encaminhada à CIT, observando que:

13.1. O gestor estadual, conjuntamente com os gestores municipais da região a ser qualificada, deve encaminhar a CIB solicitação de qualificação da região/microrregião.

13.2. A CIB deverá analisar a solicitação que, se aprovada, deverá ser encaminhada ao CES, para conhecimento, e à Secretaria Técnica da CIT, para deliberação.

13.3. A Secretaria Técnica da CIT deverá encaminhar documentação à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que procederá a respectiva análise, de acordo com o PDR já aprovado.

13.4. A SAS/MS deverá encaminhar parecer quanto ao processo de qualificação à CIT, para decisão quanto à sua homologação.

14. Após a homologação na CIT do processo de qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente ao financiamento dos procedimentos listados no Anexo 3A desta Norma (M1) destinados à cobertura da população do município-sede de módulo, acrescido do montante de recursos referentes à cobertura da população residente

nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos por uma das duas formas: (i) fundo a fundo ao estado habilitado quando o município-sede de módulo for habilitado em GPAB-A (ii) fundo a fundo ao município-sede de cada módulo assistencial quando esse for habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde, sendo que, neste caso, a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos Itens 37 e 38 - Capítulo II desta Norma.

15. Em módulos nos quais a sede estiver sob gestão municipal, caso exista um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser sede de módulo assistencial, esse município poderá celebrar um acordo com o gestor do município-sede do módulo para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

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

I.4. DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

17. A Atenção de Média Complexidade (MC) - compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

18. Excetuando as ações mínimas da média complexidade (M1), que devem ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

19. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, economias de escala, métodos e

técnicas requeridos para a realização das ações.

20. Os subsídios à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção são descritos em instrumento a ser acordado pelas três esferas de governo e definido em Portaria do MS.

21. O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

21.1. A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos nos estados para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

21.2. A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

21.3. A programação de internações hospitalares deve utilizar critérios homogêneos de estimativa de internações necessárias para a população, e considerar a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das internações hospitalares, bem como os fluxos de referência entre municípios.

21.4. A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação pactuada integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

22. Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção 1.3 - Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um município pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

22.1. O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

22.2. Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I.5. DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

23. A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz nas seguintes atribuições:

- a) definição de normas nacionais;
- b) controle do cadastro nacional de prestadores de serviços;
- c) vistoria de serviços, quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde;
- d) definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS;
- e) definição do elenco de procedimentos de alta complexidade;
- f) estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços;
- g) definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade;
- h) formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- i) financiamento das ações.

23.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

24. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

- a) a macroalocação de recursos orçamentários do Limite Financeiro da Assistência do estado para cada área de alta complexidade;
- b) a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;
- c) a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;
- d) a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

- e) a definição de limites financeiros municipais para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente às referências de outros municípios;
- f) a coordenação dos processos de remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites financeiros municipais;
- g) os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;
- h) a coordenação da implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros);
- i) o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;
- j) a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

24.1. A regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual.

25. Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

- a) a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;
- b) realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;
- c) condução do processo de contratação;
- d) autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);
- e) definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;
- f) controle, avaliação e auditoria de serviços.

25.1. A regulação dos serviços de alta complexidade será de responsabilidade do gestor municipal, quando o município encontrar-se na condição de gestão plena do sistema municipal, e de responsabilidade do gestor estadual, nas demais situações.

25.2. A regulação dos serviços de alta complexidade, localizados em município habilitado em GPSP de acordo com as regras estabelecidas pela NOB/SUS 01/96 em que persista a divisão do comando sobre os prestadores, deverá ser assumida pelo município ou pelo estado, de acordo com o cronograma de ajuste do comando único aprovado na CIB estadual, conforme previsto no item 66 desta Norma.

25.3. Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu

território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar aos gestores municipais as funções de controle e avaliação dos prestadores, incluindo o processo autorizativo.

26. As ações de alta complexidade e as ações estratégicas serão financiadas de acordo com Portaria do Ministério da Saúde.

27. O Ministério da Saúde, definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado.

28. Caberá aos estados, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

29. A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo - alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

29.1. A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

30. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que o Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

Capítulo II - Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS

II.1. DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

31. Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

31.1. As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI), conforme definido em Portaria do Ministério da Saúde.

31.2. As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

32. Cabe a SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

- a) que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Saúde e Metas Nacionais, sejam discutidos no âmbito da CIB com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;
- b) a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelos interesses dos prestadores de serviços;
- c) a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de alocação e pactuação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências;
- d) a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades inerentes ao exercício do comando único de forma coerente com as condições de habilitação.

33. A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

33.1. Define-se limite financeiro da assistência por município como o montante máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

33.2. Esses recursos poderão estar sob gestão municipal, quando o município encontrar-se em GPSM, ou sob gestão estadual, quando o município estiver em outra condição de gestão.

33.3. O Limite Financeiro da Assistência de cada estado, assim como do Distrito Federal no que couber, independente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:

- a) relação de todos os municípios do estado, independentemente da sua condição de gestão;
- b) condição de Gestão do Município/ nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade;
- c) parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal;
- d) parcela de recursos financeiros para o atendimento das referências intermunicipais;
- e) parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão estadual;

f) outros recursos sob gestão estadual, alocados nos municípios ou na Secretaria Estadual de Saúde;

g) Limite Financeiro Global da Unidade Federativa - soma dos itens C, D, E e F.

33.4. Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

33.5. Os municípios habilitados ou que vierem a se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada.

33.6. Em regiões/microrregiões qualificadas, os recursos referentes ao M1 alocados no município-sede serão repassados ao Fundo Municipal de Saúde quando o município-sede estiver habilitado em GPSM ou ao Fundo Estadual de Saúde quando o município-sede estiver habilitado em GPAB-A.

33.7. Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas no Item 38 - Capítulo II.

34. A SES deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os produtos do processo de programação da assistência, conforme definidos em Portaria do Ministério da Saúde.

II.2. DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

35. O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

36. A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de

referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

37. A garantia do atendimento à população referenciada será objeto de um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso a ser assinado pelo gestor municipal e pelo gestor estadual quando o município-sede de módulo ou município-pólo estiver em GPSM.

37.1. O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, o processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

38. A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

a) periodicamente, em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

b) trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;

c) pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no Anexo 4 desta Norma), sendo a CIB informada em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

38.1. Nas situações em que os recursos de média e alta complexidade de municípios que efetuem atendimento das referências intermunicipais estejam sob gestão estadual, e os mecanismos de garantia de acesso não forem cumpridos pelo estado, os municípios que se sentirem prejudicados deverão acionar a CIB para que essa Comissão tome as providências cabíveis.

39. Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES à SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

40. Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá

assumir o comando único sobre os prestadores do seu território e participar do processo de programação e quando necessário, garantir o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3. DO PROCESSO DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

41. As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

41.1. As atribuições do Controle, Regulação e Avaliação são definidas conforme as pactuações efetuadas pelos três níveis de governo.

42. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente nas seguintes dimensões:

- a) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
- b) relação com os prestadores de serviços;
- c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- d) resultados e impacto sobre a saúde da população.

43. Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão.

44. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

44.1. O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

44.2. O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o

processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

44.3. Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

44.4. Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

44.5. Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

45. A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

46. A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

47. Os estados e municípios deverão elaborar seus respectivos planos de controle, regulação e avaliação que consistem no planejamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.

47.1. Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular os serviços e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia de acesso.

47.2. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

48. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

- a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;
- b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;
- c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais; e
- d) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II.4. DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO

49. Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

50. Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

51. Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do limite financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

Capítulo III - Critérios de Habilitação e Desabilitação de Municípios e Estados

III.1. CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB/SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

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

III.1.1. Com relação ao processo de habilitação dos municípios

53. A partir da publicação desta Norma os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

- Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada; e
- Gestão Plena do Sistema Municipal.

53.1. Todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

53.2. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

54. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades:

- a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- b) integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal;
- c) gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- d) gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União;
- e) organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível e atenção;
- f) cumprimento das responsabilidades definidas no Subitem 7.1 - Item 7 - Capítulo I desta Norma;
- g) disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no Subitem 7.3 - Item 7 - Capítulo I desta Norma;
- h) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

- i) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES;
- j) desenvolver as atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- k) operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;
- l) autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- m) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- n) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica;
- o) execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- p) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;
- q) elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS;
- r) firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o estado.

Requisitos:

- a) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- b) comprovar o funcionamento do CMS;
- c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- d) comprovar, formalmente, capacidade técnica e administrativa para o desempenho das atividades de controle, e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação;
- e) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
- f) estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;

g) comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:

1. desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
2. alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde já existentes e dos que vierem ser criados conforme portaria;
3. disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
4. disponibilidade de serviços para realização do elenco de procedimentos básicos ampliado - EPBA.

h) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;

i) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações básicas de vigilância epidemiológica;

j) formalizar junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas:

a) transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária;

b) gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal;

c) transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

55. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades:

a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde;

b) integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.

c) gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;

d) gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União;

e) gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade,

exercendo o comando único, ressalvando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto na letra c do Item 57 - Capítulo III desta Norma;

f) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;

g) garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território;

h) integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares;

i) desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS;

j) operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;

k) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;

l) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;

m) execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB;

n) execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB;

o) firmar o Pacto da Atenção Básica com o estado.

Requisitos:

a) comprovar o funcionamento do CMS;

b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde e disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;

c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

d) estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;

e) comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento a CIT:

1. desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;

2. alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde já existentes e dos que vierem ser criados conforme portaria;
 3. disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
 4. disponibilidade de serviços para realização do elenco de procedimentos básicos ampliado - EPBA.
- f) firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria Estadual de Saúde;
 - g) comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);
 - h) participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação;
 - i) comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso à Internet);
 - j) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
 - k) comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
 - l) comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde;
 - m) apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;
 - n) comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal;
 - o) comprovar oferta das ações do primeiro nível de média complexidade (M1) e de leitos hospitalares;
 - p) comprovar Adesão ao Cadastro Nacional dos usuários do SUS Cartão SUS;
 - q) formalizar, junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSM.

Prerrogativas:

- a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos do M1, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a

sua própria população e população dos municípios abrangidos;

b) receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado;

c) gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 Do processo de habilitação dos estados

56. A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

- Gestão Avançada do Sistema Estadual;
- Gestão Plena do Sistema Estadual.

57. São atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual:

Responsabilidades:

a) elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização, incluindo o Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada e Integrada;

b) coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma;

c) gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública;

d) formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional;

e) coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, viabilizando com os municípios-sede de módulos assistenciais e pólos os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso;

f) gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados em nenhuma das condições de gestão vigentes no SUS;

g) gestão das atividades referentes a: Tratamento Fora de Domicílio para Referência Interestadual, Medicamentos Excepcionais, Central de Transplantes. O estado poderá delegar essas funções aos municípios em GPSM;

h) formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional;

i) normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento

- fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;
- j) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores;
 - k) organização e gestão do sistema estadual de Controle, Avaliação e Regulação;
 - l) cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;
 - m) estruturação e operação do Componente Estadual do SNA;
 - n) implementação de políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde;
 - o) coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde;
 - p) execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;
 - q) coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA;
 - r) execução das ações básicas de vigilância sanitária, referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma;
 - s) execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal;
 - t) apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT;
 - u) operação dos Sistemas Nacionais de Informação, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional;
 - v) coordenação do processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica com os municípios, informação das metas pactuadas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores pactuados.

Requisitos:

- a) apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:
 - Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;
 - programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento;
 - estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
 - estratégias de reorganização do modelo de atenção;
- b) apresentar o Plano Diretor de Regionalização, nos termos desta Norma;
- c) comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações

ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios;

d) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000:

e) comprovar o funcionamento da CIB;

f) comprovar o funcionamento do CES;

g) comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde e disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;

h) apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito:

i) comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas;

j) comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPSM, nos termos desta Norma;

k) comprovar a estruturação do componente estadual do SNA;

l) comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet). Comprovar também, a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares;

m) comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;

n) comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;

o) estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica;

p) apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pela CIB e pelo CES, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas:

a) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica (PAB) relativos aos municípios não habilitados, nos termos da NOB 96;

b) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do M1 em regiões qualificadas, nos casos em que o município-sede estiver habilitado somente em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

58. Além dos atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidade:

a) cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual.

Requisito:

a) dispor de 50% do valor do Limite Financeiro da Assistência do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Prerrogativa:

a) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Limite Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

III.2. DA DESABILITAÇÃO

III.2.1. Da desabilitação dos municípios

59. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1. Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

60. Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada estarão passíveis de desabilitação quando:

- a) descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;
- b) apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;
- c) não cumprirem as metas de cobertura vacinal para avaliação da Atenção Básica;
- d) não cumprirem os demais critérios de avaliação da Atenção Básica, para manutenção da condição de gestão, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e publicados em regulamentação complementar a esta norma;
- e) não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
- f) apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

60.1. São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, Fundo-a-Fundo, para os municípios:

- a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados,

hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;
 - disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.
- b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;
- c) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.1.2. Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

61. Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal estarão passíveis de desabilitação quando:

- a) se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 60 - Capítulo III desta Norma; ou
- b) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:
 - b.1) cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso;
 - b.2) disponibilidade do conjunto de serviços do M1;
 - b.3) atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI;
 - b.4) comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território.

61.1. A desabilitação de municípios em GPSM implicará permanência apenas em GPAB-A, desde que o motivo da desabilitação não tenha sido referente às responsabilidades atribuídas à gestão plena da atenção básica ampliada.

61.2. São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

- a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:
 - crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;
 - disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.
- b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;
- c) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.2 Da desabilitação dos estados e suspensão do repasse financeiro

62. Os estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados estarão passíveis de desabilitação pela CIT.

62.1. São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os estados:

a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;

- disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.

b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacionais do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves;

c) não alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS;

d) não firmar o Pacto de Atenção Básica.

Capítulo IV - Disposições Gerais e Transitórias

63. Os requisitos e os instrumentos de comprovação referentes ao processo de habilitação para os municípios habilitados em GPSM conforme a NOB/SUS 01/96, pleiteantes a GPSM desta NOAS estão definidos no Anexo II da Instrução Normativa 01/02.

64. Os instrumentos de comprovação, fluxos e prazos para operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação de municípios e estados estão definidos na IN 01/02.

65. Os municípios que se considerarem em condições de pleitear habilitação em GPSM em estados que não tiverem concluído seus respectivos PDR, PDI e PPI deverão apresentar requerimento a CIB estadual para que essa Comissão oficialize o cronograma para conclusão desses processos.

65.1. Caso a respectiva CIB não se pronuncie em prazo de 30 (trinta) dias ou apresente encaminhamento considerado inadequado pelo município, este poderá apresentar recurso a CIT, que tomará as medidas pertinentes.

66. Os municípios atualmente habilitados em gestão plena do sistema municipal, localizados em estados em que a gestão encontra-se compartilhada entre o gestor estadual e o municipal, deverão se adequar ao comando único, com a transferência da gestão para a esfera municipal ou estadual, se for o caso, de acordo com cronograma previamente estabelecido na CIB estadual.

67. Os impasses com relação ao ajuste do comando único não solucionados na CIB estadual deverão ser encaminhados ao CES; persistindo o impasse, o problema deverá ser encaminhado a CIT, que definirá uma comissão para encaminhar sua resolução.

68. Os estados atualmente habilitados nas condições de gestão plena do sistema estadual deverão adequar-se aos requisitos desta Norma até o dia 29/03/2002, em conformidade com o que se encontra disposto na Portaria GM/MS nº 129, de 18 de janeiro de 2002.

69. As instâncias de recurso para questões relativas à implementação desta Norma são consecutivamente a CIB estadual, o CES, a CIT e, em última instância, o CNS.

70. No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS-SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

ANEXO I - RESPONSABILIDADES E AÇÕES ESTRATÉGICAS MÍNIMAS DE ATENÇÃO BÁSICA

I) Controle da Tuberculose (Responsabilidades / Atividades)

Busca ativa de casos / Identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR).

Diagnóstico clínico de casos / Exame clínico de SR e comunicantes.

Acesso a exames para diagnóstico e controle: laboratorial e radiológico / Realização ou referência para Baciloscopia Realização ou referência para exame radiológico em SR c/ baciloscopias negativas (BK -).

Cadastramento dos portadores / Alimentação e análise dos sistemas de informação

Tratamento dos casos BK+ (supervisionado) e BK - (auto-administrado) /

Tratamento supervisionado dos casos BK+. Tratamento auto-administrado dos casos BK -.

Fornecimento de medicamentos. Atendimentos às intercorrências. Busca de faltosos

Medidas preventivas / Vacinação com BCG. Pesquisa de Comunicantes. Quimioprofilaxia.

Ações educativas

II) Eliminação da Hanseníase (Responsabilidades / Atividades)

Busca ativa de casos / Identificação de Sintomáticos Dermatológicos entre usuários.

Diagnóstico clínico de casos / Exame de Sintomáticos Dermatológicos e comunicantes de casos Classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares).

Cadastramento dos portadores / Alimentação e análise dos sistemas de informação

Tratamento Supervisionado dos casos.

Acompanhamento ambulatorial e domiciliar / Avaliação dermato-neurológica.

Fornecimento de medicamentos. Curativos. Atendimento de intercorrências.

Controle das incapacidades físicas / Avaliação e classificação das incapacidades

físicas. Aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades. Atividades educativas.

Medidas preventivas / Pesquisa de comunicantes. Divulgação de sinais e sintomas da hanseníase. Prevenção de incapacidades físicas. Atividades educativas.

III) Controle da Hipertensão (Responsabilidades / Atividades)

Diagnóstico de casos / Diagnóstico clínico.

Cadastramento dos portadores / Alimentação e análise dos sistemas de informação.

Busca ativa de casos / Medição de P. A. de usuários. Visita domiciliar.

Tratamento dos casos / Acompanhamento ambulatorial e domiciliar. Fornecimento de medicamentos. Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações.

Diagnóstico precoce de complicações / Realização ou referência para exames laboratoriais complementares. Realização de ECG. Realização ou referência para RX de tórax.

1º Atendimento de urgência / 1º Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações. Acompanhamento domiciliar. Fornecimento de medicamentos.

Medidas preventivas / Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações.

IV) Controle da Diabetes Mellitus (Responsabilidades / Atividades)

Diagnóstico de casos / Investigação em usuários com fatores de risco.

Cadastramento dos portadores / Alimentação e análise de sistemas de informação.

Busca ativa de casos / Visita domiciliar.

Tratamento dos casos / Acompanhamento ambulatorial e domiciliar. Educação terapêutica em Diabetes. Fornecimento de medicamentos. Curativos.

Monitorização dos níveis de glicose do paciente / Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde.

Diagnóstico precoce de complicações / Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações. Realização de ECG.

1º Atendimento de urgência / 1º Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências. Acompanhamento domiciliar.

Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade / Agendamento do atendimento.

Medidas preventivas e de promoção da saúde / Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária). Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias). Ações educativas para auto-aplicação de insulina

V) Ações de Saúde Bucal (Responsabilidades / Atividades)

Prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes / Procedimentos individuais preventivos. Procedimentos Coletivos: Levantamento epidemiológico, escovação supervisionada e evidenciação de placa, bochechos com flúor, educação em Saúde Bucal.

Cadastramento de usuários / Alimentação e análise de sistemas de informação.

Tratamento dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes / Consulta e outros procedimentos individuais curativos.

Atendimento a urgências odontológicas / Consulta não agendada.

VI) Ações de Saúde da Criança (Responsabilidades / Atividades)

Vigilância Nutricional / Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Promoção do aleitamento materno. Realização ou referência para exames laboratoriais. Combate às carências nutricionais. Implantação e alimentação regular do SISVAN

Imunização / Realização do Esquema Vacinal Básico de rotina. Busca de faltosos. Realização de Campanhas e intensificações. Alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação

Assistência às doenças prevalentes na infância / Assistência às IRA em menores de 5 anos. Assistência às doenças diarréicas em crianças menores de 5 anos. Assistência a outras doenças prevalentes. Atividades Educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças. Garantia de acesso a referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (programada e negociada, com mecanismos de regulação). Realização ou referência para exames laboratoriais.

VII) Ações de Saúde da Mulher (Responsabilidades / Atividades)

Pré-natal / Diagnóstico de gravidez. Cadastramento de gestantes no 1º trimestre. Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta. Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso. Acompanhamento de Pré-natal de Baixo Risco. Vacinação antitetânica. Avaliação do puerpério. Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina. Alimentação e análise de sistemas de informação. Atividades educativas para promoção da saúde.

Prevenção de câncer de colo de útero / Rastreamento de câncer de colo de útero - Coleta de material para exames de citopatologia. Realização ou referência para exame citopatológico. Alimentação dos sistemas de informação.

Planejamento Familiar / Consulta médica e de enfermagem. Fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais. Realização ou referência para exames laboratoriais.

ANEXO 2 - ELENCO DE PROCEDIMENTOS A SEREM ACRESCENTADOS AOS DA RELAÇÃO ATUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

seq.	nome do procedimento	código SIA/SUS
Grupo	02 - Ações Médicas Básicas	
	ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO - (ATÉ 8 HORAS)	02.011.04-2
Grupo	04 - Ações Executadas para Outros Profissionais de Nível Superior	
	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM ATENÇÃO BÁSICA POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	04.012.04-6
Grupo	07 - Procedimentos Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
131	ATEND. ESPECÍFICO P/ ALTA DO PACIENTE EM TRAT. AUTO ADMINISTRADO	07.011.05-9
132	ATEND. ESPECÍFICO PARA ALTA DO PACIENTE EM TRAT. SUPERVISIONADO	07.011.06-7
136	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS - GLICEMIA CAPILAR	07.031.03-3
137	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS - GLICOSÚRIA	07.031.04-1
138	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS - CETONÚRIA	07.031.05-0
139	COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITOPATOLÓGICO	07.051.01-8
Grupo	08 - Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	
	DEBRIDAMENTO E CURATIVO ESCARA OU ULCERAÇÃO	08.011.07-9
	SUTURA DE FERIDA DE CAVIDADE BUCAL E FACE	08.011.31-1
141	EXERESE DE CALO	08.011.34-6
142	CURATIVO COM DEBRIDAMENTO EM PÉ DIABÉTICO	08.012.02-4
	REDUÇÃO MANUAL DE PROCIDÊNCIA DE RETO	08.021.11-2
	REMOÇÃO MANUAL DE FECALOMA	08.021.12-0
149	PRIMEIRO ATENDIMENTO A PACIENTE COM PEQUENA QUEIMADURA	08.151.01-6
Grupo	10 - Ações Especializadas em Odontologia	
	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE DUAS OU MAIS FACES	10.011.01-3
	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE UMA FACE	10.011.02-1
	NECROPULPECTOMIA EM DENTE DECÍDUO OU PERMANENTE	10.041.01-0
	GLOSSORRAFIA	10.051.15-
	ULECTOMIA	10.051.36-8
Grupo	11 - Patologia Clínica	
	GRAVIDEZ, TESTE IMUNOLÓGICO (LÁTEX)	11.061.31-6
Grupo	17- Diagnose	
225	ELETROCARDIOGRAMA	17.031.01-0

Nota: Além dos procedimentos relacionados, o nível ampliado deve compreender posto de coleta laboratorial devidamente equipado, seguindo normas técnicas do Ministério da Saúde

ANEXO 3A - ELENCO MÍNIMO DE PROCEDIMENTOS DA MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL, A SER OFERTADO NOS MUNICÍPIOS-SEDE DE MÓDULOS ASSISTENCIAIS

seq.	nome do procedimento	código SIA/SUS
Grupo 07	Procedimentos Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
130	ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS	07.011.01-6
134	TERAPIAS EM GRUPO EXECUTADAS POR PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	07.021.05-4
135	TERAPIAS INDIVIDUAIS EXECUTADAS POR PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	07.021.06-2
Grupo 08	Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	
143	ESTIRPAÇÃO LESÃO DE VULVA/PERÍNEO (ELETROCOAGULAÇÃO/ FULGURAÇÃO)	08.031.07-0
144	EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NA VAGINA	08.031.08-8
145	HIMENOTOMIA	08.031.09-6
146	INCISÃO E DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLINE OU SKENE	08.031.10-0
147	RESSUTURA DE EPISIORRAFIA PÓS-PARTO	08.031.12-6
Grupo 09	Procedimentos Traumatológico-ortopédicos	
	ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	09.011.08-0
Grupo 10	Ações Especializadas em Odontologia	
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	10.041.02-8
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO UNI-RADICULAR	10.041.03-6
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO UNIRADICULAR	10.041.04-4
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	10.041.05-2
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE BI-RADICULAR	10.042.01-6
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	10.042.02-4
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRI-RADICULAR	10.043.01-2
	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	10.043.02-0
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRI-RADICULAR	10.043.03-9
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTIRADICULAR	10.044.01-9
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTIRADICULAR	10.044.02-7
	RADIOGRAFIA PERI-APICAL, INTERPROXIMAL (BITE-WING)	10.101.02-0
Grupo 11	Patologia Clínica	
160	ÁCIDO ÚRICO (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.03-3
161	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.08-4
162	COLESTEROL TOTAL (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.12-2
163	CREATININA (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.14-9
	FOSFATASE ALCALINA	11.011.15-7
164	GLICOSE (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.20-3
	POTÁSSIO	11.011.27-0
	SÓDIO	11.011.33-5
165	TRANSAMINASE OXALACÉTICA - TGO (ASPARTATO AMINO TRANSFERASE)	11.011.36-0
166	TRANSAMINASE PIRÚVICA - TGP (ALAMINA AMINO TRANSFERASE)	11.011.37-8
167	URÉIA (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.38-6
	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE - GAMA GT	11.012.17-0
	TRIGLICERÍDEOS	11.012.24-2
168	COLESTEROL (LDL)	11.013.09-5
169	COLESTEROL (HDL)	11.013.10-9
170	COLESTEROL (VLDL)	11.013.11-7

seq.	nome do procedimento	código SIA/SUS
	CURVA GLICÊMICA - 2 DOSAGENS - ORAL	11.015.04-7
	CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA 5 DOSAGENS - ORAL	11.015.05-5
171	PESQUISA DE LARVAS (MÉTODO DE BAERMANN OU RUGAI)	11.031.06-9
172	PESQUISA DE OXIURUS COM COLETA POR SWAB ANAL	11.031.09-3
173	PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS PELO MÉTODO DA HEMATOXILINA FÉRRICA	11.031.10-7
174	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	11.031.11-5
175	PARASITOLÓGICO DE FEZES (MÉTODOS DE CONCENTRAÇÃO)	11.032.07-3
176	PARASITOLÓGICO DE FEZES - COLETA MÚLTIPLA COM LÍQUIDO CONSERVANTE	11.032.08-1
	FATOR Rh (INCLUI DU FRACO)	11.041.01
	GRUPO ABO - DETERMINAÇÃO	11.041.03
	FRAÇÃO DO HEMOGRAMA - PLAQUETAS - CONTAGEM	11.041.13-7
	PROVA DO LAÇO	11.041.15
	RETRAÇÃO DO COÁGULO	11.041.18
	TEMPO DE COAGULAÇÃO (CELITE)	11.041.20
	TEMPO DE COAGULAÇÃO (LEE WHITE)	11.041.21
	TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)	11.041.26
177	TESTE DE FALCIZAÇÃO	11.041.29-3
178	TRIPANOSSOMA - PESQUISA	11.041.32-3
179	VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS)	11.041.33-1
180	HEMATÓCRITO	11.041.34-0
	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	11.041.36
	ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	11.042.04
181	TIPAGEM SANGÜÍNEA - GRUPO ABO FATOR RH (INCLUI DU FRACO)	11.042.06-0
	LEUCOGRAMA	11.042.08
	TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	11.042.10
182	HEMOGRAMA COMPLETO	11.043.20-2
	COAGULOGRAMA (T. Sangue, T. Coagulação, P. Laço, Ret.do Coag. e Cont. Plaquetas)	11.044.02
	FATOR REUMATÓIDE, TESTE DO LATEX	11.061.27-8
183	PROTEÍNA C REATIVA (PESQUISA)	11.061.51-0
	TOXOPLASMOSE, HA	11.061.56
	TREPONEMA PALLIDUM, REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO	11.061.58-8
184	VDRL (INCLUSIVE QUANTITATIVO)	11.061.59-6
	CITOMEGALOVIRUS, EIE	11.062.24-0
	RUBÉOLA, ANTICORPOS IGG	11.062.40-1
	RUBÉOLA, HA	11.062.41
185	PESQUISA SOROLÓGICA PARA ANTI HBS (ELISA)	11.063.07-6
186	PESQUISA SOROLÓGICA PARA ANTI HCV (ELISA)	11.063.08-4
	TOXOPLASMOSE, IFI-IGG	11.063.36
	TOXOPLASMOSE, IFI (IGM)	11.063.37
187	ANTICORPOS ANTI HIV1 + HIV2 (ELISA)	11.064.01-3
188	BACILOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE)	11.111.02-0
189	BACILOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (CONTROLE DO TRATAMENTO)	11.111.03-8
190	BACILOSCOPIA DIRETA PESQUISA DE BAAR (HANSENÍASE)	11.111.05-4
	BACTERIOSCOPIA (POR LÂMINA)	11.111.06-2
	EXAME A FRESCO	11.111.08
194	SECREÇÃO VAGINAL (BACTERIOSCOPIA)	11.111.15-1
195	SECREÇÃO VAGINAL (EXAME A FRESCO)	11.111.16-0
196	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIAS	11.112.01-8

seq.	nome do procedimento	código SIA/SUS
198	CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS	11.112.05-0
199	STREPTOCOCCUS BETA - HEMOLÍTICO DO GRUPO A (PESQUISA)	11.112.17-4
200	ANTIBIOGRAMA	11.112.19-0
202	ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTO DA URINA	11.142.14-6
203	FUNGOS (EXAME DIRETO)	11.161.01-9
205	MONÍLIA (EXAME DIRETO)	11.161.05-1
Grupo 13 - Radiodiagnóstico		
	CRÂNIO: PA+LATERAL	13.011.02-2
	SEIOS DA FACE: F.N. + M.N. + LATERAL	13.011.06-5
	ADENÓIDES: LATERAL	13.012.01-0
	COLUNA CERVICAL: AP+LATERAL+T.O OU FLEXÃO	13.021.01-0
	COLUNA DORSAL: AP+LATERAL	13.021.02-8
	COLUNA LOMBO-SACRA	13.022.04-0
209	BRAÇO (RX SIMPLES)	13.031.04-0
210	ANTEBRAÇO (RX SIMPLES)	13.032.01-1
211	COTOVELO (RX SIMPLES)	13.032.02-0
212	MÃO: DUAS INCIDÊNCIAS (RX SIMPLES)	13.032.03-8
213	PUNHO: AP + LATERAL + OBLÍQUOS	13.032.05-4
214	COXA (RX SIMPLES)	13.041.04-5
215	PERNA (RX SIMPLES)	13.041.06-1
216	ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA (RX SIMPLES)	13.042.01-7
217	CALCÂNEO (RX SIMPLES)	13.042.02-5
218	JOELHO (RX SIMPLES)	13.042.03-3
219	PÉ OU PODODÁCTILOS (RX SIMPLES)	13.042.06-8
220	TÓRAX (PA)	13.051.03-2
221	TÓRAX (PA E PERFIL)	13.052.03-9
222	ABDOMEN SIMPLES (AP)	13.081.01-2
Grupo 14 - Exames Ultra-sonográficos		
223	ECOGRAFIA GINECOLÓGICA	14.011.01-8
224	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	14.012.01-4
Grupo 18 - Fisioterapia (por sessão)		
226	ATENDIMENTO ALTERAÇÕES MOTORAS(FIS. POR SESSÃO)	18.011.01-2
227	ALTERAÇÕES SENSITIVAS (FISIOTERAPIA POR SESSÃO)	18.011.02-0
	REEDUCAÇÃO VENTILATÓRIA EM DOENÇAS PULMONARES	18.031.02-1

ANEXO 3B - SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR OBRIGATORIAMENTE DISPONÍVEIS EM MUNICÍPIOS - SEDE DE MÓDULOS ASSISTENCIAIS

Os municípios-sede de módulos assistenciais deverão dispor de leitos hospitalares, no mínimo, para o atendimento básico em:

- Clínica médica;
- Clínica pediátrica;
- Obstetrícia (parto normal).

ANEXO 4 - TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO (Minuta)

Termo de Compromisso que entre si celebram a Secretaria Estadual de Saúde de XXX e a Secretaria Municipal da Saúde de YYY, visando a garantia de acesso da população referenciada por outros municípios aos serviços de saúde localizados no Município YYY.

O Governo do Estado de XXX, por intermédio da sua Secretaria Estadual de Saúde, com sede nesta cidade, na Rua (Av.)....., inscrita no CNPJ sob nº....., neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.o....., expedida pelo....., e inscrito no CPF/MF sob o n.o....., doravante denominada apenas SES-XX, e o Governo Municipal de YYY, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob nº (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.o....., expedida pelo....., e inscrito no CPF/MF sob o n.o....., doravante denominada apenas SMS-YYY, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis n.o 8.080/90 e n.o 8.142/90, a Norma Operacional Básica n.o 01/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, que se regerá pelas normas gerais da Lei n.o 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que coube, bem como pelas portarias..... [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas e condições :

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso tem por finalidade e objetivo o estabelecimento de compromissos de atendimento pela SMS YYY, habilitada à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal às referências intermunicipais ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, definidas na Programação Pactuada Integrada (PPI), visando a garantia de atenção às necessidades de saúde dos cidadãos, independente de seu município de residência, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e integridade da atenção.

§ 1º. A PPI compreenderá a explicitação dos fluxos de referência acordados entre gestores municipais; os relatórios consolidados das ações e serviços de referência a serem prestados pelo município YYY; o montante de recursos financeiros correspondentes a essas referências; o limite financeiro do município (discriminando os recursos da população própria e os relativos às referências intermunicipais); os mecanismos de operacionalização e/ou acompanhamento dos acordos e os critérios de revisão dos compromissos estabelecidos.

§ 2º. O objeto previsto no presente Termo decorrerá de um processo prévio de realização da PPI coordenada pelo gestor estadual e aprovada pela CIB-XX, em que a SMS-YY se compromete a atender, em serviços disponíveis em seu território, à população residente nos municípios listados, conforme relatório específico da PPI, que faz parte integrante deste termo.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO

O presente termo de compromisso deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas pactuadas e a legislação pertinente, respondendo cada uma pelas conseqüências de sua inexecução total ou parcial.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

I - São compromissos da SES-XX:

- a) Apoiar a SMS a implementar estratégias e instrumentos que facilitem o acesso da população referenciada aos serviços localizados no município YY.
- b) Revisar e realizar ajustes na programação físico-financeira das referências, de forma a assegurar o acesso da população a todos os níveis de atenção, de acordo com a periodicidade e critérios estabelecidos na Cláusula Sexta.
- c) Acompanhar as referências intermunicipais, inclusive por meio de auditoria do sistema municipal.
- d) Nos casos de constatação de existência de barreiras de acesso ou tratamento discriminatório aos residentes em outros municípios, suprimir a parcela do limite financeiro do município YYY relativa às referências intermunicipais, conforme a Cláusula Sétima.
- e) Comunicar ao MS o valor do limite financeiro da assistência do município YYY, explicitando o montante relativo à população própria e à população referenciada - conforme definido na PPI - bem como quaisquer alterações, seja na parcela da população própria, quanto na parcela de referência decorrente de revisões, ajustes ou sanções previstos neste Termo.

II - São compromissos da SMS-YY:

- a) Disponibilizar os serviços constantes, em relatório específico da PPI, à população referenciada por outros municípios, sem discriminação de acesso e de qualidade do atendimento prestado (escolha do prestador, forma de pagamento ou valores diferenciados de acordo com a procedência, etc.).

- b) Organizar no município o acesso dos usuários às ações e serviços de referência.
- c) Prever nos contratos dos prestadores e na programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde situados em seu território, a realização dos atendimentos à população de outros municípios.
- d) Exercer as ações de controle e avaliação, de auditoria e outras relacionadas à garantia de qualidade dos serviços ofertados em seu território.
- e) Alimentar regularmente o SIA/SUS e o SIH/SUS, bem como organizar internamente as informações relativas aos atendimentos prestados à população residente em outros municípios, de forma a facilitar as revisões dos acordos de referências intermunicipais, previstas na Cláusula Sexta.
- f) Encaminhar trimestralmente à SES relatório contendo informações mensais sobre os atendimento prestado às referências intermunicipais, discriminando natureza e quantidade de procedimentos, origem do paciente, valores pagos, e outras questões que forem estabelecidas neste termo.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

A vigência do presente Termo de Compromisso terá início na data de sua assinatura, com duração de 12 (doze) meses, em coerência com a revisão periódica da PPI, podendo ser prorrogado, mediante termo aditivo, por período igual, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, em conformidade com a Lei nº 8.666/93 e suas alterações, caso haja anuência das partes.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

A SES se compromete a utilizar os recursos financeiros federais oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da disponibilidade do seu Limite Financeiro da Assistência, para o desenvolvimento deste termo e informará ao Ministério da Saúde (MS), o montante mensal a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de YYY, conforme explicitado na PPI, podendo operacionalizar as revisões estabelecidas na Cláusula Sexta.

CLÁUSULA SEXTA - DO ACOMPANHAMENTO E DAS REVISÕES

I - A SES deverá sistematizar as informações sobre os fluxos intermunicipais de referências, coordenar a revisão periódica da PPI [estabelecer periodicidade], monitorar o cumprimento do presente Termo, realizar ajustes pontuais e prestar contas através de informes mensais a CIB acerca do seu andamento, tendo por base os relatórios referidos na Cláusula Terceira, alínea “f”.

II - A SES deverá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais alocadas até então no município YYY em decorrência das seguintes situações:

a) Em período não superior a 12 (doze) meses (especificar periodicidade), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB, que considere mudanças na capacidade instalada, no fluxo de pacientes entre municípios, prioridades assistenciais, constatação de desequilíbrio entre os valores correspondentes às referências e na efetiva prestação de serviços e disponibilidade financeira.

b) Trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente.

c) Pontualmente, se um município passar a ofertar em seu território para a sua própria população um serviço anteriormente referenciado para o município YYY.

§ 1º. O município deverá solicitar formalmente a SES, através de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município YYY para o seu próprio município, justificando a alteração.

§ 2º. A SES poderá, constatada a pertinência do cadastramento e a programação para o novo serviço, realocar os recursos do município YYY para que a população do município solicitante em questão passe a ser atendida em seu município de residência.

§ 3º. O município YYY deverá ser comunicado acerca da mudança pela SES com 60 dias de antecedência, através de ofício e envio de versão modificada da PPI.

§ 4º. Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES a CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

d) Pontualmente, se um município considerar oportuno redirecionar referências de sua população do município YYY para outro município que disponha do serviço necessário.

§ 1º. O município deverá solicitar formalmente à SES, através de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município YYY para o outro município-pólo, justificando a alteração.

§ 2º. A SES, constatada a pertinência da solicitação, a disponibilidade para ofertar os serviços solicitados e a anuência do gestor do novo município de referência, realocar para este último os recursos correspondentes anteriormente alocados no município YYY.

§ 3º. O município YYY deverá ser comunicado acerca da mudança com 60 (sessenta) dias de antecedência, através de ofício e envio de versão modificada da PPI.

§ 4º. Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

e) Pontualmente, em caso de problemas no atendimento pelo município de referência à população procedente de outros municípios ou de não-cumprimento dos compromissos estabelecidos no presente Termo detectados pela SES-XX, SMS-YYY ou por outras SMS envolvidas.

§ 1º. O problema deverá ser comunicado à SES, para que esta adote medidas de apuração

do caso e de negociações entre as partes envolvidas, tais como: contato direto entre a SES e a SMS-YYY; convocação pela SES de reunião entre os gestores municipais implicados ou de reunião de fórum regional pré-existente, se for o caso (CIB regional, grupo regional de PPI, etc.) [especificar a instância em cada Termo], realização de auditorias de sistema etc.

§ 2º. A SES deverá conduzir os encaminhamentos e correções na programação das referências, caso necessário.

§ 3º. Nas situações em que o encaminhamento da SES implique alterações neste Termo, o município YYY deverá ser comunicado imediatamente através de ofício e envio de versão modificada da PPI.

§ 4º. Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

III - As alterações efetuadas na parcela do limite financeiro correspondente às referências intermunicipais deverão ser comunicadas ao MS para as providências de publicação e mudança no montante transferido ao FMS-YYY.

IV - A CIB é a instância de recurso caso alguma das partes se sinta prejudicada pelas alterações abordadas no inciso II deste Termo.

V - Em casos extremos de descumprimento deste Termo, poderão ser aplicadas as sanções previstas no item VI desta Cláusula Sexta.

VI - Caso a SMS-YYY não cumpra com os compromissos assumidos neste Termo ou restrinja o acesso ou ainda discrimine o atendimento à população referenciada, poderá a SES:

- a) suprimir a parcela do limite financeiro do município YYY relativa às referências intermunicipais e comunicar ao MS para as providências relativas à transferência de recursos;
- e
- b) encaminhar à CIB processo de desabilitação do município da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS MECANISMOS DE GARANTIA DE ACESSO

Cada partícipe se responsabilizará pela garantia de acesso, de acordo com os mecanismos abaixo:

I - a SES apoiará a SMS-YY na implantação de mecanismos de organização dos fluxos de referência intermunicipais e garantia de acesso da população aos serviços em todos os níveis de atenção, assim como orientará as demais SMS na organização e avaliação dos encaminhamentos de pacientes.

II - a SMS implantará mecanismos de organização dos fluxos de referência e garantia de acesso da população residente em outros municípios aos serviços localizados em seu território, conforme definido na PPI;

III - a SES acompanhará o atendimento intermunicipal de referência e realizará ajustes periódicos ou sempre que necessário, conforme especificado na Cláusula Sexta, de forma a garantir o volume de recursos adequado para o atendimento da população em todos os níveis de atenção, independente de seu município de residência, dentro dos limites financeiros estabelecidos na PPI;

IV - a SMS-YYY não poderá negar atendimento a pessoas residentes em outros municípios em casos de urgência e emergência, sendo que, no caso da demanda por serviços extrapolar a programação das referências, caberá à SMS-YYY registrar os atendimentos prestados e informar à SES, para que se acordem os ajustes necessários na programação físico-financeira, conforme previsto na Cláusula Sexta.

CLÁUSULA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO

A SES-XX providenciará a publicação do extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no Parágrafo único do artigo 61 da Lei n.º 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA NONA - DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, a partir do 6º (sexto) mês de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos ou excepcionais não previstos neste Termo serão consultados aos partícipes por escrito e resolvidos conforme disposto na legislação aplicável, em especial a Lei n.º 8.666/93 e suas alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de....., Estado de....., para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

E, por estar, assim justo e pactuado, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Localidade.....	Data/...../.....
.....
Secretário Estadual de Saúde de XX	Secretário Municipal de Saúde de XX
Testemunhas (demais SMS implicados).....	.....
CIC.....	

ANEXO 5 - TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS (Minuta)

Termo de Compromisso (ou Termo de Cooperação) que entre si celebram o Município de..... através da Secretaria Municipal da Saúde do Município de e o Estado de através da Secretaria Estadual de Saúde de visando a formalização de contratações de serviços de saúde ofertados.

O município de....., através de sua Secretaria Municipal da Saúde do Município de....., inscrita no CNPJ sob o n.o....., situada na rua (Av.)..... neste ato representado pelo Secretário Municipal da Saúde, Dr., brasileiro,.....(profissão), portador da carteira de identidade nº, expedida pela....., e inscrito no CPF/MF sob nºdoravante denominado simplesmente SMS e o estado....., através de sua Secretaria Estadual de Saúde de....., neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, Dr., brasileiro,..... (profissão) portador da carteira de identidade nº, expedida pela e inscrito no CPF/MF sob nº, doravante denominado simplesmente SES, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, e a Norma Operacional Básica nº 01/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso entre Entes Públicos, que se regerá pelas normas gerais da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, bem como pelas portarias..... [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas e condições :

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo tem por objeto formalizar a contratação dos serviços de saúde ofertados e respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares estaduais, sob a gerência do estado, localizadas no município de....., definindo o papel do hospital no sistema municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas físicas a serem cumpridas; o volume de prestação de serviços; o grau de envolvimento do

hospital na rede estadual de referência; a humanização do atendimento; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e outros fatores que tornem o hospital um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º. A formalização da contratação se dará através da fixação de metas físicas mensais dos serviços ofertados, conforme a Cláusula Segunda e a forma de pagamento será a constante da Cláusula Quinta, ambas deste Termo.

§ 2º. São partes integrantes deste Termo de Compromisso os anexos: Anexo I contendo a relação dos hospitais e o Anexo II com o Plano Operativo Anual de cada hospital relacionado no Anexo I.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DO PLANO OPERATIVO ANUAL

Fica devidamente acordada a execução do Plano Operativo Anual de cada hospital constante do Anexo II do presente Termo, contemplando o papel de cada unidade hospitalar no planejamento municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência dos municípios a serem atendidos e o perfil dos serviços a serem oferecidos, previamente definidos no Plano de Regionalização e na Programação Pactuada Integrada do estado.....

§ 1º. O Plano Operativo Anual conterá as metas físicas anuídas e assumidas pela SES relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do presente contrato, sendo essas anualmente revistas e incorporadas ao presente Termo de Compromisso, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ 2º. As metas físicas acordadas e conseqüentemente o valor global mensal poderão sofrer variações no decorrer do período, observando-se o limite mensal de 10 % (a maior ou a menor), verificados o fluxo da clientela e as características da assistência, tornando-se necessário que a SMS e a SES promovam as alterações respectivas, de acordo com a Cláusula Sétima deste Termo.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

I - DA SMS - A Secretaria Municipal de Saúde se compromete a:

- a) autorizar o repasse mensal, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde, retirado do limite financeiro da assistência do Município, dos recursos de que trata a Cláusula Quinta;
- b) exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados no hospital;
- c) monitorar os hospitais constantes do Anexo I na execução do Plano Operativo Anual;
- d) analisar, com vistas à aprovação, os Relatórios Mensais e Anuais emitidos pela SES, comparando as metas com os resultados alcançados e com os recursos financeiros repassados;
- e) encaminhar os atendimentos hospitalares, exceto de urgência e emergência, incluindo as cirurgias eletivas, através da Central de Regulação, onde houver.

II - DA SES - A Secretaria Estadual de Saúde se compromete a:

- a) apresentar à SMS 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;
- b) apresentar à SMS o Relatório Anual até 20º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses, incluindo informações relativas à execução deste Termo de Compromisso com a apropriação por unidade hospitalar;
- c) apresentar as informações previstas no Plano Operativo Anual referente aos hospitais constantes do anexo I;
- d) alimentar 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, ou que seja acordado entre o Ministério da Saúde e a SES;
- e) disponibilizar todos os serviços dos hospitais constantes no Anexo I na Central de Regulação, quando houver;
- f) cumprir, através dos hospitais constantes no Anexo I, o Plano Operativo Anual, conforme estabelecido no Anexo II do presente Termo;
- g) disponibilizar recursos de consultoria especializada, para programas de desenvolvimento organizacional dos hospitais, dentro de suas disponibilidades;
- h) garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, independente do limite fixado pela SMS constante do Plano Operativo Anual.

III - DA SMS E SES - A Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde se comprometem conjuntamente a:

- a) elaborar o Plano Operativo Anual de acordo com a Programação Pactuada Integrada Municipal e Regional;
- b) promover as alterações necessárias no Plano Operativo Anual, sempre que a variação das metas físicas e conseqüentemente o valor global mensal ultrapassar os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda;
- c) informar ao Ministério da Saúde, quando houver alteração dos recursos financeiros de que trata a Cláusula Quinta, através de ofício conjunto, até o dia 10 do mês seguinte à alteração, o volume de recursos mensal a ser retirado do limite financeiro da assistência do Município e repassado ao Fundo Estadual de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por meio de Termo Aditivo, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, mediante acordo entre os partícipes, com aviso prévio de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para a execução do presente Termo de Compromisso (ou de Cooperação), serão destinados recursos financeiros no montante de R\$..... por ano, retirados do limite financeiro da assistência do Município/SMS, de forma proporcional ao atendimento da população residente no município e ao atendimento à referência intermunicipal, e repassados ao ESTADO/SES pelo Ministério da Saúde.

§ 1º. Os recursos anuais a serem destinados pela SMS para a execução desse Termo serão repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos mensais ao Fundo Estadual de Saúde. Dotação Orçamentária.....

CLÁUSULA SEXTA - DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

O acompanhamento e avaliação dos resultados do presente Termo serão realizados por uma Comissão de Acompanhamento, a ser composta pela SMS e SES, que designarão, de forma paritária, um ou mais técnicos.

§ 1º. Essa Comissão reunir-se-á, no mínimo, trimestralmente, para realizar o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais, avaliando a tendência do cumprimento das metas físicas pactuadas, podendo propor, ainda à SMS e à SES modificações nas Cláusulas deste Termo, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Plano Operativo Anual.

§ 2º. A Comissão de Acompanhamento deverá reunir-se sempre que os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda forem superados para avaliar a situação e propor as alterações necessárias nesse Termo.

§ 3º. A SMS, sem prejuízo das atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Acompanhamento deste Termo, procederá a:

- a) análise dos Relatórios Mensais e Anuais enviados pela SES e dos dados disponíveis no SIA e SIH;
- b) realização de forma permanente de ações e atividades de acompanhamento, apoio e avaliação do grau de consecução das metas;
- c) realização, a qualquer tempo, de auditorias operacionais pelo componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, dentro de suas programações de rotina ou extraordinárias, utilizando metodologia usual ou específica, e por outros componentes.

§ 4º. A SMS informará a SES sobre a realização de auditorias nos hospitais constantes no Anexo I.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS ALTERAÇÕES

A SMS e a SES poderão, de comum acordo, alterar o presente Termo e o Plano Operativo Anual, com exceção no tocante ao seu objeto, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ 1º. O volume de recursos repassados em cumprimento ao objeto deste presente Termo poderá ser alterado, de comum acordo, nas seguintes hipóteses:

- a) variações nas metas físicas e conseqüentemente no valor global mensal superiores aos limites estabelecidos no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda e que impliquem em alterações financeiras;
- b) alteração a qualquer tempo das cláusulas desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que impliquem novos valores financeiros;
- c) revisão anual do Plano Operativo Anual.

§ 2º. As partes somente poderão fazer alterações nesse Termo de Compromisso e no Plano Operativo Anual, se decorridos no mínimo 90 (noventa) dias após a publicação do presente instrumento ou de seu respectivo Termo Aditivo.

CLÁUSULA OITAVA - DA INADIMPLÊNCIA

Para eventuais disfunções havidas na execução deste Termo, o valor relativo ao repasse estabelecido na Programação financeira constante na Cláusula Quinta poderá, mediante informação à SES, ser alterado pela SMS, total ou parcialmente, nos seguintes casos:

I - não cumprimento do presente Termo de Compromisso;

II - fornecimento pela SES de informações incompletas, extemporâneas ou inadimplentes nos formatos solicitados pela SMS, 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;

III - não alimentação dos sistemas de informação.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

A SMS e a SES providenciarão a publicação do extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no **Parágrafo único** do artigo 61 da Lei nº 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, a partir do 6º (sexto) mês de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS CASOS OMISSOS

No decorrer da vigência desse Termo de Compromisso (ou Cooperação), os casos omissos às controvérsias entre a SMS e a SES relativas à interpretação ou à aplicação deste Termo ou do Plano Operativo Anual, que a Comissão de Acompanhamento não consiga resolver, as partes diligenciarão para solucioná-las, pela negociação.

Parágrafo único. Se a Comissão de Acompanhamento não conseguir resolver as controvérsias, essas serão submetidas à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite do estado de.....

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de....., estado de....., para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

E, por estar, assim justo e pactuado, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Localidade,..... data

Secretário Estadual de Saúde de XX

Secretário Municipal de Saúde de XX

Testemunhas:.....

CIC:

ANEXO 6 - REQUISITOS PARA QUALIFICAÇÃO DAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO À NOAS E MEIOS DE VERIFICAÇÃO CORRESPONDENTES

ANEXO 7 - REQUISITOS PARA QUALIFICAÇÃO DE REGIÕES / MICRORREGIÕES E MEIOS DE VERIFICAÇÃO CORRESPONDENTES

*veja quadros nas próximas páginas.

requisitos

meios de verificação

1. Quanto ao PDR

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

- Apresentação dos mapas, contendo a regionalização proposta com a identificação de todos municípios pertencentes aos módulos assistenciais, seus respectivos municípios-sede, as regiões/microrregiões a que pertencem e os municípios-pólo de referência para média e alta complexidade.

1.2. Abrangência populacional por módulo assistencial e região/microrregião do Estado.

- Quadro resumo da população abrangida por espaço territorial.

1.3. Apresentação e proposta de estruturação de redes de referência especializada.

- Capítulo do PDR com proposta de estruturação de redes de referência especializadas.

1.4. Cronograma de Implantação do PDR.

- Cronograma anexado.

2.1. Implantação da Programação

2. Quanto a PPI Pactuada e Integrada.

- Apresentação dos produtos da Programação Pactuada Integrada, conforme definido em Portaria do MS.

3. Quanto ao PDI

3.1. Descrição por região/microrregião dos investimentos necessários para conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde.

- Plano Diretor de Investimento - PDI, que deverá conter um quadro contendo levantamento da necessidade de investimentos para garantir a implementação do PDR, no que diz respeito à existência e/ou suficiência tecnológica para oferta de serviços necessários à conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde (módulos assistenciais e regiões/microrregiões).

4. Quanto ao Controle, Regulação e Avaliação

4.1. Apresentação das necessidades e proposta de fluxo de referência para outros Estados.

- Descrição das necessidades e proposta de referência para outros Estados.

4.2. Descrição dos mecanismos de regulação para garantia do acesso da população aos serviços de referência intermunicipal, nos módulos sob gestão municipal e estadual.

- Descrição dos mecanismos de regulação do acesso aos serviços.

5. Quanto à Adequação do comando único sobre os

5.1. Cronograma de ajuste de comando único.

- Cronograma anexado.

6. Outros requisitos

6.1. Adesão à implantação do Cartão SUS.

- Apresentação do cronograma de implantação do Cartão SUS.
- 6.2. Aprovação do processo de adequação do estado à NOAS/SUS 01/02 pelas instâncias estaduais (CIB e CES).

6.2. Aprovação do processo de adequação do estado à NOAS/SUS 01/02 pelas instâncias estaduais (CIB e CES).

- Declaração das instâncias estaduais correspondentes aprovando os instrumentos de adequação requeridos, conforme regulamentado nesta Norma.

requisitos

- 1.** Habilitação do(s) município(s)-sede do(s) módulo(s) assistencial(is) em: Gestão Plena do Sistema Municipal, quando comando único do município, ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, quando comando único do estado, e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.
- 2.** Comprovação pelo(s) município(s)-sede do(s) módulo(s) assistencial(is) da capacidade de ofertar o conjunto dos serviços correspondentes ao primeiro nível de referência intermunicipal com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; e comprovação pelo(s) município (s)-pólo da região/microrregião da capacidade de ofertar um conjunto de serviços correspondentes a um nível de atenção acima do módulo assistencial, de acordo com a complexidade e critérios complementares definidos por cada Estado.
- 3.** Termo de Compromisso para garantia de acesso firmado entre o(s) município(s)-sede e o estado, para o atendimento da população dos demais municípios pertencentes ao(s) módulo(s) assistencial(is).
- 4.** Ajuste do comando único.
- 5.** Apresentação dos mecanismos de regulação da garantia de acesso da população aos serviços de referência intermunicipal.
- 6.** Programação Pactuada e Integrada concluída, com definição dos limites financeiros para todos os municípios do estado, com a separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referida.
- 7.** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde existente na região/microrregião concluído.

meios de verificação

- 1.** Declaração da CIB.
- 2.** Informações do SIA e SIH/SUS; cadastro dos serviços de saúde; declaração da CIB atestando a capacidade do município de ofertar os serviços de referência.
- 3.** Termo de garantia de referência.
- 4.** Declaração da CIB atestando o comando único.
- 5.** Declaração da CIB explicitando os mecanismos que regulamentarão a referência entre municípios.
- 6.** Apresentação da PPI pelo Gestor estadual com as respectivas declarações da CIB.
- 7.** Apresentação do cadastro dos serviços de saúde.

REGULAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR À NOAS-SUS - 01/02

Instrução Normativa GM/MS nº 1, de 2002, publicada no Diário Oficial de (regulamentação do processo de habilitação).

INSTRUÇÃO NORMATIVA/GM/MS Nº 1 EM.....DE.....DE 2002.

Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/02.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, considerando que a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/02 atualiza a regulamentação da Assistência incorporando os resultados dos avanços obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do SUS; considerando que a NOAS/SUS 01/02 é um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios; considerando que a NOAS/SUS 01/02 dá continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, que foi fortalecido com a Norma Operacional Básica - NOB/SUS 01/96; considerando a importância da regionalização como estratégia para a reorganização da assistência à saúde, visando o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, com a ampliação da atenção básica e garantia da referência aos demais níveis de atenção; e considerando a necessidade de regulamentar a NOAS/SUS 01/02, aprovada pela Portaria GM/MS nº....., de de 2002, resolve:

Capítulo I - Da Habilitação

Art.1º. Regulamentar a habilitação nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02, aprovada pela Portaria GM/MS n.º..... de 2002, explicitando as responsabilidades, os requisitos e as prerrogativas das gestões municipal e estadual.

Art. 2º. O processo de habilitação de estados e de municípios às condições de gestão estabelecidas na NOAS/SUS 01/02 observará o disposto nesta Instrução Normativa.

Parágrafo único. As modalidades de habilitação previstas na NOAS/SUS 01/02 são:

- a) Nos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM);
- b) Nos estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Art. 3º. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios não habilitados.

I.1. EM GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA (GPAB-A)

Art. 4º. A habilitação dos municípios à condição de GPAB-A dependerá do cumprimento de todos os requisitos e implicará as responsabilidades e prerrogativas descritas no Item 54 do Capítulo III da NOAS/SUS 01/02.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constantes no Anexo I, desta Instrução Normativa.

Art. 5º. Os municípios já habilitados em quaisquer das condições de gestão da NOB SUS 01/96 estarão aptos a receber o Piso de Atenção Básica - PAB Ampliado após habilitação nas condições de gestão definidas na NOAS/SUS 01/02.

Parágrafo único. A habilitação em GPAB-A implicará processo de avaliação pela SES, apreciação/aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 6º. Os processos de habilitação em GPAB-A compreendem as seguintes etapas e trâmites:

- I - preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;
- II - aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- III - encaminhamento do processo à CIB;
- IV - encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde - SES para avaliação do cumprimento dos requisitos pertinentes à condição GPAB-A;
- V - elaboração pela SES de Relatório sobre as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão, de acordo com Termo de Habilitação 1, desta IN, e os quadros de avaliação da atenção básica, conforme normatização específica da SPS/MS, com encaminhamento de parecer técnico para a CIB, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo de entrada na SES;
- VI - apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;
- VII - preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação 1, desta Instrução Normativa;
- VIII - encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação 1 e dos quadros de avaliação de atenção básica, para apreciação e homologação;

IX - recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação 1 e dos quadros de avaliação da atenção básica para ciência e encaminhamento à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS);

X - avaliação pela SPS/MS do cumprimento dos requisitos pertinentes à condição de GPAB-A, baseada na análise do processo de habilitação e dos sistemas nacionais de informação em saúde, com encaminhamento de parecer técnico para a CIT, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo de entrada na SPS/MS;

XI - apreciação e homologação, pela CIT, do Termo de Habilitação 1, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Técnica.

XII - publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações homologadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;

XIII - arquivamento de todo o processo de habilitação na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT.

Parágrafo único. Caso a CIB não aprecie e não se manifeste no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de protocolo na CIB, o município poderá encaminhar o processo de habilitação à CIT.

I.2. EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL (GPSM)

Art. 7º. A habilitação à condição de GPSM dependerá do cumprimento dos requisitos e implicará as responsabilidades e a garantia das prerrogativas descritas no Item 55 do Capítulo III da NOAS/SUS 01/02.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constantes do Anexo II ou III, desta Instrução Normativa.

Art. 8º. Os municípios habilitados em GPSM pelos critérios da NOB/SUS 01/96 deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, definidas na NOAS/SUS 01/02. As SES deverão proceder a avaliação da adequação destes municípios e submeter relatório conclusivo do processo de avaliação à CIB, para aprovação e subseqüente encaminhamento à CIT, para as providências cabíveis.

Parágrafo único. A comprovação da adequação dos municípios referidos no caput deste artigo, será feita pela SES a partir dos documentos constantes no anexo II desta IN.

Art. 9º. A habilitação em GPSM, de acordo com as normas referidas nos Artigos 7º e 8º, desta Instrução Normativa, demanda o cumprimento dos requisitos exigidos para a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e implica a habilitação cumulativa nas duas condições de gestão.

Art. 10. A habilitação de municípios à condição de GPSM compreende as seguintes etapas e trâmites:

I - preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;

II - aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);

III - encaminhamento do processo a CIB;

IV - elaboração pela SES de Relatório Técnico que ateste, a partir de visita e de outros mecanismos de avaliação complementares definidos pela CIB, as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão, e subsequente encaminhamento a CIB;

V - apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;

VI - preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação 2 ou 3, desta Instrução Normativa;

VII - encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do respectivo Termo de Habilitação 2 ou 3 ;

VIII - recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação 2 ou 3, para ciência e encaminhamento à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS);

IX - avaliação, pela SAS/MS e SPS/MS, do cumprimento dos requisitos pertinentes à condição de GPSM, baseada na análise do Termo de Habilitação 2 ou 3 com encaminhamento de parecer técnico para a CIT, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo de entrada na SAS/MS;

X - apreciação pela CIT do Termo de Habilitação 2 ou 3, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Técnica da CIT;

XI - publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações homologadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;

XII - arquivamento de todo o processo de habilitação ou adequação na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT.

Parágrafo único. Caso a CIB não aprecie e não se manifeste no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de protocolo na CIB, o município poderá encaminhar o processo de habilitação a CIT.

I.3. EM GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL E GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

Art. 11. A habilitação à condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual ou de Gestão Plena do Sistema Estadual dependerá do cumprimento de todos os requisitos, com assunção das respectivas responsabilidades e garantia das prerrogativas, descritas nos itens 56, 57 e 58, do Capítulo III, da NOAS/SUS 01/02.

§ 1º. Os instrumentos de comprovação dos requisitos à condição de gestão avançada do sistema estadual, são os constantes do Anexo IV, desta Instrução Normativa.

§ 2º. Os instrumentos de comprovação dos requisitos da condição de Gestão Plena do Sistema Estadual são os constantes do Anexo V, desta Instrução Normativa.

§ 3º. A SAS/MS e a SPS/MS realizarão visita técnica conjunta aos estados antes da aprovação da habilitação pela CIT, para avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a efetiva capacidade da SES para assumir a condição de gestão pleiteada.

Art. 12. Os estados atualmente habilitados nas condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual devem apresentar a SAS:

I - o Plano Diretor de Regionalização (PDR);

II - a Programação Pactuada e Integrada (PPI);

III - a comprovação de alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Art. 13. A habilitação de Estados às condições de gestão previstas na NOAS/SUS 01/02 compreende as seguintes etapas e trâmites:

I - preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor estadual;

II - apreciação e aprovação do processo pela CIB e preenchimento do Termo de Habilitação 4, para a Gestão Avançada, e Termo de Habilitação 5, para a Gestão Plena do Sistema Estadual, constantes nesta Instrução Normativa;

III - aprovação do pleito pelo Conselho Estadual de Saúde (CES);

IV - publicação da aprovação do pleito no Diário Oficial do Estado;

V - encaminhamento do Termo e do Processo de habilitação 4 ou 5, pela CIB, à Secretaria Técnica da CIT;

VI - recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo e do Processo de Habilitação e encaminhamento a SAS para:

a) as análises pertinentes;

b) visita técnica, da SAS e SPS, e solicitação à Secretaria Estadual de Saúde de esclarecimentos ou complementação do processo, se for o caso;

c) elaboração de parecer e expediente para encaminhamento e aprovação na CIT; e

d) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Estado, para as providências cabíveis;

VII - apreciação e homologação do pleito pela CIT;

VIII - publicação em Portaria do Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes.

Art. 14. A habilitação do Distrito Federal observará as condições estabelecidas para os estados, no que couber.

Capítulo II - Da Desabilitação

Art. 15. A identificação de irregularidades que comprometam a gestão específica desencadeará processo de desabilitação.

15.1. Os processos de desabilitação de Estados e municípios requerem apresentação de elementos que comprovem efetivamente irregularidades e que justifiquem a medida corretiva proposta.

15.2. Os Estados e os municípios não serão desabilitados se os motivos de abertura do processo de desabilitação forem superados.

II.1. DA DESABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Art. 16. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) decidir pela desabilitação dos municípios, com a homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Parágrafo único. Em caso de desabilitação, as instâncias de recurso do município serão, por ordem, a CIB e, após 30 (trinta) dias sem manifestação, a CIT.

Art. 17. Os municípios habilitados em GPAB-A estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no Item 60 do Capítulo III.2.1.1, da NOAS/SUS 01/02.

Art. 18. Os municípios habilitados em GPSM estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no Item 61 do Capítulo III.2.1.2, da NOAS/SUS 01/02, em particular nos casos em que:

a) se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 60 - Capítulo III da NOAS 01/02; ou

b) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:

b.1. cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

b.2. disponibilidade do conjunto de serviços do (M1);

b.3 atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI.

b.4 comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território.

18.1. A desabilitação de municípios em GPSM implicará permanência apenas em GPAB-A, desde que o motivo da desabilitação não tenha sido referente às responsabilidades atribuídas à gestão plena da atenção básica ampliada.

18.2. Os documentos comprobatórios para a desabilitação da GPSM que deverão ser enviados à Secretaria Técnica da CIT, e posteriormente à SAS, são:

a) Resolução da CIB de desabilitação do município;

b) Relatório Técnico da CIB justificando a desabilitação.

Art. 19. A desabilitação de um município poderá ser solicitada à respectiva CIB pela própria SMS, pelo correspondente CMS, pela SES, pelo CES ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com o seguinte fluxo:

- a) abertura de processo de desabilitação pela CIB a partir de solicitação do gestor municipal ou de irregularidades identificadas pelos níveis estadual ou federal, ou ainda pelo respectivo CMS;
- b) comunicação ao município das irregularidades encontradas, com definição de prazo para que este apresente a fundamentação da defesa, sob pena de desabilitação;
- c) apreciação pela CIB, da defesa apresentada pelo município em caso de irregularidade, ou da solicitação de desabilitação apresentada pelo gestor do respectivo município;
- d) definição acordada, entre a CIB e o gestor municipal, de medidas de superação das irregularidades, com prazo definido;
- e) avaliação pela CIB das providências tomadas, decorrido o prazo definido na alínea “d” deste Artigo;
- f) deliberação pela CIB quanto ao processo de desabilitação;
- g) encaminhamento dos documentos de desabilitação à CIT;
- h) apreciação do processo e decisão pela CIT;
- i) encaminhamento da decisão da CIT ao MS, para providências cabíveis.

II.2. DA DESABILITAÇÃO DOS ESTADOS

Art. 20. Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas na NOAS/SUS para a forma de gestão na qual encontram-se habilitados estarão sujeitos à desabilitação pela CIT.

Art. 21. A desabilitação de um estado poderá ser solicitada à CIB pela SES, pelo CES ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com o seguinte fluxo:

- a) abertura de processo de desabilitação pela CIT a partir de irregularidades identificadas pelo nível federal ou pelo respectivo CES;
- b) comunicação ao estado das irregularidades encontradas, com definição de prazo para que este apresente a fundamentação da defesa, sob pena de desabilitação;
- c) apreciação, pela plenária da CIT, da defesa apresentada pelo estado;
- d) definição acordada entre as partes de medidas de superação das irregularidades, com prazo definido;
- e) avaliação pela CIT das providências tomadas, na reunião subsequente ao prazo definido;
- f) decisão pela CIT quanto ao processo de desabilitação;
- g) encaminhamento da decisão da CIT ao MS para as providências cabíveis e informe a SES.

Capítulo III - Da suspensão dos Repasses Financeiros

Art. 22. O Ministério da Saúde poderá suspender os repasses financeiros a serem transferidos mensalmente fundo a fundo nos seguintes casos:

§ 1º. Para os municípios, se detectado algum dos motivos constantes dos subítem 60.1 e 61.1, da NOAS/SUS 01/02;

§ 2º. Para os estados, se detectado algum dos motivos constantes do Subítem 62.1, da NOAS/SUS 01/02; e

§ 3º. Quando houver descumprimento da normatização pertinente, em particular das Portarias GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, GM/MS nº 157, de 19 de fevereiro de 1998 e SAS/MS nº 82, de 7 de julho de 1998.

22.1. Os processos de suspensão financeira de estados e municípios requerem apresentação de elementos que comprovem efetivamente irregularidades e que justifiquem a medida corretiva proposta.

22.2. Não haverá suspensão do repasse financeiro aos estados e aos municípios, caso os motivos de abertura do processo sejam superados.

Capítulo IV - Das Disposições Gerais

Art. 23. As divergências que venham ocorrer na Comissão Intergestores Bipartite, referentes ao processo de habilitação, serão resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde e, sucessivamente, pela Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Art. 24. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação cessando os efeitos do disposto na Instrução Normativa GM/MS nº 01, de 10 de janeiro de 1998, exceto para habilitação em gestão plena da atenção básica, de municípios não habilitados em nenhuma condição de gestão da NOB/SUS 01/96, conforme decisão da CIT, em reunião ordinária 18 de outubro de 2001.

BARJAS NEGRI

ANEXO I - SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA - NOAS/SUS 01/02

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: ITEM 54)

1.A Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

1.B Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

1.C Apresentar o Plano Municipal de Saúde (PMS) do período em curso, aprovado pelo respectivo CMS, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município.

1.D Comprovar, formalmente, capacidade técnica e administrativa para o desempenho das atividades de controle e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação.

1.E Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

1.F Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso.

Instrumentos de Comprovação

- Ato legal de criação do FMS.
- Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes ao último trimestre.

- Ato legal de criação do CMS.
- Atas das 3 últimas reuniões do CMS.
- Declaração da SMS de composição paritária do CMS, conforme prevê a Lei nº 8.142/90.

- Plano Municipal de Saúde atualizado para a presente gestão municipal contendo a programação física e financeira.
- Ata do CMS aprovando o PMS atualizado.

- Apresentação, pelo gestor municipal de Plano de Controle e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelas três esferas de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, em seu território, a identificação da estrutura de controle e avaliação, que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades.

- Recibos do SIOPS.

- Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: ITEM 54)

1.G Comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela SES e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:

- desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
- alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde;
- disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
- disponibilidade de serviços para realização o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA.

1.H Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA.

1.I Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

1.J Formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Instrumentos de Comprovação

- Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS.

- Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária.

- Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece a legislação vigente.

- Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do Município e do Estado nas demais ações de vigilância epidemiológica.

- Ofício do gestor municipal à CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.

- Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação.

ANEXO II - SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE ADEQUAÇÃO DE MUNICÍPIOS HABILITADOS EM GPSM NOS TERMOS DA NOB SUS 01/96 PLEITEANTES À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA - NOAS/SUS 01/02

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02 - disposições transitórias)	Itens a serem verificados pelo gestor estadual em visita ao sistema municipal
2.A Conselho Municipal de Saúde (CMS).	<ul style="list-style-type: none"> O CMS apresenta composição paritária, conforme a Lei 8.142/90, e funcionamento regular.
2.B Fundo Municipal de Saúde (FMS).	<ul style="list-style-type: none"> Comprovação de que há funcionamento regular do FMS através de extratos e quem é o executor do FMS. Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.
2.C Plano Municipal de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> O PMS encontra-se revisto a partir da Agenda Municipal de Saúde, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas.
2.D Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso.	<ul style="list-style-type: none"> Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.
2.E Submeter-se à avaliação pela SES em relação a: <ul style="list-style-type: none"> desempenho nos indicadores do Pacto da Atenção Básica referente ao ano anterior; alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde; capacidade de assumir as ações às áreas de atuação estratégicas; capacidade de oferecer o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPAB-A. 	<ul style="list-style-type: none"> Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS.
2.F Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES.	<ul style="list-style-type: none"> Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.
2.G Participação na elaboração e implantação da PPI do Estado.	<ul style="list-style-type: none"> Relatórios de PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo Para Garantia e Acesso.

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02 - disposições transitórias)

Itens a serem verificados pelo gestor estadual em visita ao sistema municipal

2.H Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

- Recibos do SIOPS.

2.I Estrutura do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria - SNA.

- Verificar se o componente municipal do SNA encontra-se estruturado, com funcionamento regular, compatível com seu regulamento ou regimento próprio, e com designação dos auditores formalizada a partir de lei ou decreto.

2.J Controle, Regulação e Avaliação.

- Apresentação, pelo gestor municipal de Plano de Controle, Regulação, e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas em seu território, a identificação da estrutura, de controle e avaliação que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades.

2.K Vigilância Sanitária.

- O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento de Vigilância Sanitária, capaz de desenvolver ações de vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a ANVISA.

2.L Vigilância Epidemiológica.

- O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento capaz de desenvolver ações de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a FUNASA.

2.M Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito.

- Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito, aprovado pelo CMS.

2.N Comprovar a gestão sobre a totalidade dos prestadores localizados no âmbito do município.

- Declaração da CIB de Comando Único pelo Gestor Municipal.

2.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares.

- Verificar se há disponibilidade de oferta das ações do primeiro nível de complexidade.

**Requisitos para Habilitação
(NOAS-SUS 01/02 -
disposições transitórias)**

2.P Adesão ao Cadastro Nacional dos usuários do SUS.

2.Q Formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.
Ofício do gestor municipal à CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.

Itens a serem verificados pelo gestor estadual em visita ao sistema municipal

- Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.
- Ofício do gestor municipal à CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.
- Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação.

O Termo de Habilitação 2, constante nesta IN, a ser enviado para o MS quando da habilitação do município, inclui os seguintes documentos, cujos modelos estão descritos no referido Termo de Habilitação:

1. Relatório conclusivo com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS/SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.
2. Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.
3. Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade.
4. Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal.
5. Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade, conforme modelo definido em Portaria específica da PPI, assinado pelo gestor municipal.

ANEXO III - SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL NOAS/SUS 01/02

*veja quadros nas próximas páginas

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: item 55)

3.A Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

3.B Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

3.C Apresentar o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS, que deve contemplar Agenda de Saúde Municipal harmonizada com as Agendas Nacional e Estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

3.D Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso.

3.E Comprovar, para efeito da avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela SES e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:

- desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
- alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde;
- disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
- disponibilidade de serviços para realização do Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado-EPBA.

3.F Firmar Termo de Compromisso para Garantia de

instrumentos de comprovação

- Ato legal de criação do CMS.
- Atas das 3 últimas reuniões do CMS.
- Declaração da SMS de composição paritária do CMS, conforme prevê a Lei nº 8.142/90.

- Ato legal de criação do FMS.
- Cadastro Financeiro.
- Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes aos últimos três meses.
- Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo.
- Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.

- Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal.
- Ata do CMS aprovando o PMS atualizado.

- Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.

- Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS.

- Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

**Requisitos para Habilitação
(NOAS-SUS 01/02: item 55)**

instrumentos de comprovação

3.G Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA.

- Ato legal de criação do componente municipal do SNA.

3.H Participar da elaboração e da implantação da PPI do Estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

- Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo Para Garantia de Acesso.

3.I Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet).

- Apresentação, pelo gestor municipal de Plano de Controle, Regulação, e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas em seu território, a identificação da estrutura, de controle e avaliação que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades.

3.J Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.1. Para os pleitos apresentados na CIB até fevereiro de 2002.

- Recibos do SIOPS.

3.K Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

- Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária.

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: item 55)

3.L Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

3.M Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

3.N Comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores localizados no território municipal.

3.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares.

3.P Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS.

3.Q Formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSM.

Instrumentos de comprovação

- Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece a legislação vigente.
- Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do município e do estado nas demais ações de vigilância epidemiológica.

- Relatório de Gestão do ano anterior.
- Ata do CMS que aprovou o Relatório de Gestão.

- Declaração da CIB de COMANDO ÚNICO DO GESTOR MUNICIPAL.

- Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade (M1).

- Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.

- Ofício do gestor municipal ao gestor estadual apresentando o processo de habilitação.
- Ata do CMS que aprovou a habilitação.

O Termo de Habilitação 3, constante nesta IN, a ser enviado para o MS quando da habilitação do município, inclui os seguintes documentos, cujos modelos estão descritos no referido Termo de Habilitação:

1. Relatório conclusivo com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.
2. Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.
3. Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade.
4. Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal.
5. Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade, conforme modelo definido em Portaria específica da PPI, assinado pelo gestor municipal.

ANEXO IV - SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ESTADOS À CONDIÇÃO DE GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL NOAS/SUS 01/02

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: item 57)

instrumentos de comprovação

4. A Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- quadro de metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;
- programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
- estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- estratégias de reorganização do modelo de atenção.

- Plano Estadual de Saúde (PES), atualizado para a presente gestão estadual.
- Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde (PES)

4. B Apresentar o Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos municípios-sede de módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais.

- PDR de acordo com a NOAS.
- Ata de aprovação do PDR na CIB.
- Ata de aprovação do PDR no CES.

4. C Comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios.

- PPI de acordo com NOAS.
- Ata de aprovação da PPI na CIB.

4. D Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

- Recibos do SIOPS.

4. E Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

- Ato legal de criação da CIB.
- Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: item 57)

4.F Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES).

4.G Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde (FES).

4.H Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

4.I Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

4.J Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPSM, nos termos da NOAS 01/02.

4.K Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

4.L Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet). Comprovar a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.

instrumentos de comprovação

- Ato legal de criação do CES.
- Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.
- Declaração da SES de composição paritária do CES, conforme prevê a Lei nº 8.142/90.

- Ato legal de criação do FES.
- Cadastro financeiro.
- Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses.
- Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados Fundo-a-Fundo.
- Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.

- Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde.
- Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão.

- Resolução da CIB atestando a referida transferência.

- Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM.

- Ato legal de criação do componente estadual do SNA.
- Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos.

- Apresentação pelo gestor estadual, do Plano Estadual de Controle, Regulação e, Avaliação conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, a identificação da estrutura responsável pelas atividades de controle e avaliação, bem como sua inserção formal no organograma funcional da SES.

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: item 57)

4.M Comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.

4.N Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de V.S.

4.O Estabelecer o Pacto de Indicadores da Atenção Básica referente ao ano em curso.

4.P Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GASE.

instrumentos de comprovação

- Publicação da certificação do estado.

- Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária
- Assinatura do Termo de Ajuste de Metas.

- Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde.

- Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.
- Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos.
- Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito.

ANEXO V - SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ESTADOS À CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL NOAS/SUS 01/02

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: item 58)

5.A Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- quadro de metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;
- programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
- estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- estratégias de reorganização do modelo de atenção.

instrumentos de comprovação

- Plano Estadual de Saúde (PES), atualizado para a presente gestão estadual.
- Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde (PES).

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: item 58)

5.B Apresentar o Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos municípios-sede de módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais.

5.C Comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios.

5.D Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

5.E Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

5.F Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES).

5.G Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde (FES). Ato legal de criação do FES.

Instrumentos de comprovação

- PDR de acordo com a NOAS.
- Ata de aprovação do PDR na CIB.
- Ata de aprovação do PDR no CES.

- PPI de acordo com NOAS.
- Ata de aprovação da PPI na CIB.

- Recibos do SIOPS.

- Ato legal de criação da CIB.
- Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.

- Ato legal de criação do CES.
- Atas das reuniões dos trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.
- Declaração da SES de composição paritária do CES, conforme prevê a Lei nº 8.142/90.

- Ato legal de criação do FES.
- Cadastro financeiro.
- Extrato das contas do FES dos três últimos meses.
- Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo.
- Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.

Requisitos para Habilitação (NOAS-SUS 01/02: item 58)

Instrumentos de comprovação

5.H Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

- Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde.
- Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão.

5.I Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

- Resolução da CIB atestando a referida transferência ou Termo de Cessão das unidades.

5.J Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPMS, nos Termos da NOAS 01/02.

- Cronograma de Ajuste de Comando Único dos municípios em GPMS aprovado pela CIB.

5.K Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

- Ato legal de criação do componente estadual do SNA.
- Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos.

5.L Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet), bem como comprovar a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.

- Apresentação pelo gestor estadual, do Plano Estadual de Controle, Regulação, e Avaliação conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, a identificação da estrutura responsável pelas atividades de controle e avaliação, bem como sua inserção formal no Organograma funcional da SES.

5.M Comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.

- Publicação da certificação do estado.

5.N Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado Segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

- Assinatura do Termo de Ajuste de Metas.

5.O Estabelecer o Pacto de Indicadores da Atenção Básica referente ao ano em curso.

- Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde.

5.P Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSE.

- Ata e Resolução da CIB atestando o cumprimento do conjunto de requisitos gerais e específicos.
- Ata da reunião do CES que aprovou o pleito.

5.Q Dispor de 50% do valor do Limite Financeiro da Assistência do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

- Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito, validado pela SAS.

TERMO DE HABILITAÇÃO 1

Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A nos termos da NOAS/SUS 01/02

Município	UF		
Prefeito Municipal			
Secretário Municipal da Saúde			
Endereço da SMS			
CEP:	Tel.:()	Fax:()	E-mail

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02

	sim / não	
1.A Fundo Municipal de Saúde (FMS) _____		
Ato legal de criação do FMS. Data/...../.....	()	()
Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes ao último trimestre.	()	()
1.B Conselho Municipal de Saúde (CMS) _____		
Ato legal de criação do CMS. Data/...../.....	()	()
Atas das 3 últimas reuniões do CMS.	()	()
1.C Plano Municipal de Saúde (PMS) _____		
Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal.	()	()
Ata do CMS que aprovando o PMS atualizado. Data/...../.....	()	()
1.D Controle e Avaliação _____		
Plano de Controle e Avaliação	()	()
1.E Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal _____		
Recibos do SIOPS	()	()
1.F Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso _____		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual.	()	()
1.G Avaliação da Atenção Básica _____		
Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS.	()	()
1.H Vigilância Sanitária _____		
Declaração conjunta da SES e SMS. Data/...../.....	()	()
1.I Vigilância Epidemiológica _____		
Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente.	()	()
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica.	()	()
1.J Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB _____		
Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação.	()	()

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02		sim / não	
2.A Conselho Municipal de Saúde (CMS) _____			
O CMS apresenta composição paritária, conforme Lei nº 8.142/90, e funcionamento regular.		()	()
2.B Fundo Municipal de Saúde (FMS) _____			
O FMS apresenta funcionamento regular, dispõe de rubricas orçamentárias específicas para recebimento do repasse financeiro fundo a fundo e, para pagamento aos prestadores públicos e privados.		()	()
2.C Plano Municipal de Saúde (PMS) _____			
Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. Período:		()	()
2.D Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso _____			
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual.		()	()
2.E Avaliação da Atenção Básica _____			
Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS.		()	()
2.F Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES _____			
Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.		()	()
2.G Programação Pactuada e Integrada _____			
Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.		()	()
2.H Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal _____			
Recibos do SIOPS.		()	()
2.I Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria _____			
O componente municipal do SNA encontra-se estruturado, com funcionamento regular, compatível seu regulamento ou regimento próprio, e com designação dos auditores formalizada a partir de lei ou decreto.		()	()
2.J Controle, Regulação e Avaliação _____			
Plano de Controle, Regulação e Avaliação.		()	()
2.K Vigilância Sanitária _____			
O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento de Vigilância Sanitária, capaz desenvolver ações de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a ANVISA.		()	()
2.L Vigilância Epidemiológica _____			
Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente.		()	()
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica.		()	()
2.M Relatório de Gestão _____			
Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito, aprovado pelo CMS.		()	()
2.N Comando Único _____			
Declaração da CIB de Comando Único pelo gestor municipal.		()	()
2.O Oferta das ações do M1 e de leitos hospitalares _____			
Há disponibilidade de oferta das ações do primeiro nível de complexidade e leitos hospitalares.		()	()
2.P Adesão ao Cadastro Nacional dos usuários do SUS _____			
Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.		()	()
2.Q Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB _____			
Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.		()	()
Ata da reunião do CMS que aprova o pleito de habilitação.		()	()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Municipal de Saúde?

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB/...../..... Data de conclusão da análise/...../.....

Responsável pela análise do processo:..... Ass.:.....

Comentários:.....

.....

.....

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de:/...../..... Deliberação nº , de/...../.....

SES:..... Ass.:.....

COSEMS:..... Ass.:.....

Comentários:.....

.....

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada/...../..... Data de conclusão da análise/...../.....

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não ()

Data de Publicação:/...../.....

Responsável pela análise do termo:

Ass.:.....

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de:/...../..... Publicação no D.O.U./...../.....

Portarianº...../.....

.....

MS CONASS CONASEMS

Relatório Conclusivo com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS/SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE SUFICIÊNCIA DE OFERTA DAS AÇÕES DO PRIMEIRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], atualmente habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB/SUS 01/96), apresenta capacidade para atender aos compromissos estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada entre gestores, realizada no âmbito estadual, incluindo a oferta de todas as ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial e a disponibilidade de leitos hospitalares, conforme estabelecido no Anexo 3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/02.

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente a esse requisito, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS/SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE APROVOU A ATUALIZAÇÃO DA HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO]

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], atualmente habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB/SUS 01/96), assumiu a gestão da totalidade dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores.

[QUANDO FOR O CASO DE ESTABELECEM TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS]

No que diz respeito aos hospitais sob gerência de outro nível de governo abaixo relacionados [especificar se sob gerência estadual e/ou federal], o município celebrou termo de compromisso com o ente gerente da unidade, e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao [FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE OU SE FOR O CASO DE UNIDADE FEDERAL COM AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA, AO PRÓPRIO HOSPITAL, EM RUBRICA ESPECÍFICA], o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos.

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Data de Celebração do Termo entre o Gestor Municipal e o Ente Gerente da Unidade	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Previsão da Revisão do Termo	Valor mensal

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente ao requisito de comando único do gestor municipal sobre todos os prestadores localizados em seu território, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

MODELO PARA EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO - EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO

DECLARAÇÃO

O município de [NOME DO MUNICÍPIO], representado pelo Secretário Municipal de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL], celebra com o estado de [NOME DO ESTADO], representado pelo Secretário de Estado de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO ESTADUAL] Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, no qual assume o compromisso de atender às referências acordadas entre gestores para atendimento da população residente em outros municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada realizada no âmbito estadual e aprovada pela CIB em [DATA DE APROVAÇÃO DA PPI NA CIB]. Em decorrência da PPI e da celebração do referido Termo de Compromisso, o Limite financeiro do município passa a apresentar a composição apresentada abaixo:

Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade (R\$)

UF:

Município:

Média Complexidade		Alta Complexidade		Total	
População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada

A parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais está sujeita ao atendimento adequado das referências acordadas e às regras de revisão periódica estabelecidas do Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso.

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [de celebração do Termo de Compromisso]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE]

CONSOLIDADO DO LIMITE FINANCEIRO MUNICIPAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, conforme modelo vigente.

TERMO DE HABILITAÇÃO 3

Município Pleiteante à Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOAS SUS 01/02

Município	UF		
Prefeito Municipal			
Secretário Municipal da Saúde			
Endereço da SMS			
CEP:	Tel.: ()	Fax: ()	E-mail

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02

sim / não

3.A Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Ato legal de criação do CMS.

() ()

Atas das 3 últimas reuniões do CMS.

() ()

3.B Fundo Municipal de Saúde (FMS)

Ato legal de criação do FMS.

() ()

Cadastro Financeiro.

() ()

Extratos das contas do FMS referentes aos últimos três meses.

() ()

Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo.

() ()

Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.

() ()

3.C Plano Municipal de Saúde (PMS)

Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal

() ()

Ata do CMS aprovando o PMS atualizado.

3.D Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso

Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual.

() ()

3.E Avaliação da Atenção Básica

Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS.

() ()

3.F Termo de Compromisso para Garantia de Acesso

Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

() ()

3.G Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria

Ato legal de criação do componente municipal do SNA.

() ()

3.H Programação Pactuada e Integrada

Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

() ()

3.I Controle, Regulação e Avaliação

Plano de Controle, Regulação e Avaliação.

() ()

3.J Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal

Recibos do SIOPS.

() ()

3.K Vigilância Sanitária

Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

() ()

Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária.

() ()

3.L Vigilância Epidemiológica

Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito

() ()

sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente.	()	()
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades do município e do estado nas demais ações de vigilância epidemiológica.	()	()
3.M Relatório de Gestão	<hr/>	
Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito.	()	()
Ata do CMS que aprovou o Relatório de Gestão.	()	()
3.N Comando Único	<hr/>	
Declaração da CIB de Comando Único pelo gestor municipal.	()	()
3.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares	<hr/>	
Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade-M1.	()	()
3.P Adesão ao Cadastro Nacional dos usuários do SUS	<hr/>	
Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.	()	()
3.Q Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB	<hr/>	
Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.	()	()
Ata da reunião do CMS que aprova o pleito de habilitação.	()	()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Municipal de Saúde?

.....

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB/...../..... Data de conclusão da análise/...../.....

Responsável pela análise do processo:..... Ass.:.....

Comentários:.....

.....

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de:/...../..... Deliberação nº, de/...../.....

SES:..... Ass.:.....

COSEMS:..... Ass.:.....

Comentários:.....

.....

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada/...../..... Data de conclusão da análise/...../.....

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não ()

Data de Publicação:/...../.....

Responsável pela análise do Termo:..... Ass.:

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de:/...../..... Publicação no D.O.U. /...../.....

Portaria nº/.....

.....

MS

CONASS

CONASEMS

RELATÓRIO CONCLUSIVO

com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS/SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE SUFICIÊNCIA DE OFERTA DAS AÇÕES DO PRIMEIRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO] apresenta capacidade para atender aos compromissos estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada entre gestores, realizada no âmbito estadual, incluindo a oferta de todas as ações do primeiro nível de média complexidade ambulatorial e a disponibilidade de leitos hospitalares, conforme estabelecido no Anexo 3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/02.

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente a esse requisito, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS/SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE APROVOU A ATUALIZAÇÃO DA HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO]

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO] assumiu a gestão da totalidade dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores.

[QUANDO FOR O CASO DE ESTABELECEM TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS]

No que diz respeito aos hospitais sob gerência de outro nível de governo abaixo relacionados [especificar se sob gerência estadual e/ou federal], o município celebrou termo de compromisso com o ente gerente da unidade, e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao [FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE OU SE FOR O CASO DE UNIDADE FEDERAL COM AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA, AO PRÓPRIO HOSPITAL, EM RUBRICA ESPECÍFICA], o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos.

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Data de Celebração do Termo entre o Gestor Municipal e o Ente Gerente da Unidade	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Previsão da Revisão do Termo	Valor mensal

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente ao requisito de comando único do gestor municipal sobre todos os prestadores localizados em seu território, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

MODELO PARA EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO - EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO

O município de [NOME DO MUNICÍPIO], representado pelo Secretário Municipal de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL], celebra com o estado de [NOME DO ESTADO], representado pelo Secretário de Estado de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO ESTADUAL] Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, no qual assume o compromisso de atender às referências acordadas entre gestores para atendimento da população residente em outros municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada realizada no âmbito estadual e aprovada pela CIB em [DATA DE APROVAÇÃO DA PPI NA CIB]. Em decorrência da PPI e da celebração do referido Termo de Compromisso, o Limite financeiro do município passa a apresentar a composição apresentada abaixo:

Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade (R\$)

UF:

Município:

Média Complexidade		Alta Complexidade		Total	
População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada

A parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais está sujeita ao atendimento adequado das referências acordadas e às regras de revisão periódica estabelecidas do Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso.

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [de celebração do Termo de Compromisso]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE]

CONSOLIDADO DO LIMITE FINANCEIRO MUNICIPAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, conforme modelo vigente.

TERMO DE HABILITAÇÃO 4

Estado Pleiteante à Gestão Avançada do Sistema Estadual nos termos da NOAS SUS 01/02

Estado

Governador

Secretário Estadual da Saúde

Endereço da SES

CEP:

Tel.: ()

Fax: ()

E-mail

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS SUS 01/02 E IN 01/02

	sim / não	
4.A Plano Estadual de Saúde (PES) _____		
Plano Estadual de Saúde, atualizado para a presente gestão.	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o PES.	()	()
4.B Plano Diretor de Regionalização (PDR) _____		
PDR e PDI de acordo com a NOAS.	()	()
Ata de aprovação do PDR e do PDI na CIB e no CES.	()	()
4.C Programação Pactuada e Integrada (PPI) _____		
PPI de acordo com NOAS.	()	()
Ata de aprovação da PPI na CIB.	()	()
4.D Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual _____		
Recibos do SIOPS.	()	()
4.E Comissão Intergestores Bipartite _____		
Ato legal de criação da CIB.	()	()
Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.	()	()
4.F Conselho Estadual de Saúde _____		
Ato legal de criação do CES.	()	()
Atas das reuniões dos trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.	()	()
4.G Fundo Estadual de Saúde _____		
Ato legal de criação do FES.	()	()

	sim / não	
Cadastro financeiro.	()	()
Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses.	()	()
Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados Fundo-a-Fundo.	()	()
Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.	()	()
4.H Relatório de Gestão		
Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde.	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão.	()	()
4.I Descentralização das Unidades Assistenciais Básicas para os municípios		
Resolução da CIB atestando a referida transferência.	()	()
4.J Transferência da Gestão Hospitalar e Ambulatorial para municípios em GPSM/NOAS		
Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM ou Cronograma de Adequação.	()	()
4.K Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente estadual do SNA.	()	()
Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos.	()	()
4.L Controle, Regulação e Avaliação		
Plano de Controle, Regulação e Avaliação.	()	()
4.M Vigilância Epidemiológica		
Publicação da certificação do Estado.	()	()
4.N Vigilância Sanitária		
Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.	()	()
Assinatura do Termo de Ajuste de Metas.	()	()
4.O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde.	()	()
4.P Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB e ao CES		
Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.	()	()
Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos.	()	()
Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito.	()	()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Estadual de Saúde?.....

A julgamento da CIB e do CES poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo: na CIB/...../..... ; no CES/...../.....

Data de conclusão da análise: na CIB/...../.....; no CES/...../.....

Responsável pela análise do processo:

na CIB Ass.:

no CES:..... Ass.:

Comentários:.....

CIB:.....

CES:.....

.....

DECISÃO DA CIB E CES APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

CIB: Aprovado na Reunião de:/...../..... Deliberação nº, de/...../.....

SES:..... Ass.:.....

COSEMS:..... Ass.:.....

CES: Aprovado na Reunião de:/...../..... Deliberação nº, de/...../.....

Presidente do CES

Ass.:

Comentários:.....

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada/...../..... Data de conclusão da análise/...../.....

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não ()

Data de Publicação:/...../.....

Responsável pela análise do Termo:..... Ass.:

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de:/...../..... Publicação no D.O.U. /...../..... Portaria n º...../.....

MS

CONASS

CONASEMS

TERMO DE HABILITAÇÃO 5**Estado Pleiteante à Gestão Plena do Sistema Estadual nos termos da NOAS/SUS 01/02**

Estado

Governador

Secretário Estadual da Saúde

Endereço da SES

CEP:

Tel.: ()

Fax: ()

E-mail

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A NOAS/SUS 01/02 E IN 01/02

	sim / não	
5.A Plano Estadual de Saúde (PES) _____		
Plano Estadual de Saúde, atualizado para a presente gestão.	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o PES.	()	()
5.B Plano Diretor de Regionalização (PDR) _____		
PDR de acordo com a NOAS.	()	()
Ata de aprovação do PDR na CIB.	()	()
Ata de aprovação do PDR no CES.	()	()
5.C Programação Pactuada e Integrada (PPI) _____		
PPI de acordo com NOAS.	()	()
Ata de aprovação da PPI na CIB.	()	()

	sim / não	
5.D Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual		
Recibos do SIOPS.	()	()
5.E Comissão Intergestores Bipartite		
Ato legal de criação da CIB.	()	()
Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.	()	()
5.F Conselho Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do CES.	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.	()	()
5.G Fundo Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do FES.	()	()
Cadastro financeiro.	()	()
Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses.	()	()
Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados Fundo-a-Fundo.	()	()
Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.	()	()
5.H Relatório de Gestão		
Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde.	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão.	()	()
5.I Descentralização das Unidades Assistenciais Básicas para os municípios		
Resolução da CIB atestando a referida transferência.	()	()
5.J Transferência da Gestão Hospitalar e Ambulatorial para municípios em GPSM/NOAS		
Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM ou Cronograma de Adequação.	()	()
5.K Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente estadual do SNA.	()	()
Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos.	()	()
5.L Controle, Regulação, e Avaliação		
Plano de Controle, Regulação, e Avaliação.	()	()
5.M Vigilância Epidemiológica		
Publicação da certificação do Estado.	()	()
5.N Vigilância Sanitária		
Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.	()	()
Assinatura do Termo de Ajuste de Metas.	()	()
5.O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde.	()	()
5.P Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB e ao CES		
Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos.	()	()
Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos.	()	()
Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito.	()	()
5.Q Dispor de 50% do valor do LIMITE FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA do		
Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios	()	()
Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito, validada pela SAS.	()	()

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Estadual de Saúde?

.....

A julgamento da CIB e do CES poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo: na CIB/...../..... ; no CES/...../.....

Data de conclusão da análise: na CIB/...../..... ; no CES/...../.....

Responsável pela análise do processo:

Na CIB Ass.:

no CES: Ass.:

Comentários: CIB:.....

.....

CES:.....

.....

DECISÃO DA CIB E CES APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

CIB: Aprovado na Reunião de:/...../..... Deliberação nº, de/...../.....

SES:.....

COSEMS:..... Ass.:.....

CES: Aprovado na Reunião de:/...../..... Deliberação nº, de/...../.....

Presidente do CES..... Ass.:

Comentários:.....

.....

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada/...../..... Data de conclusão da análise/...../.....

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim () Não ()

Data de Publicação:/...../.....

Responsável pela análise do Termo:.....

Ass.:.....

30. PORTARIA GM/MS Nº 1.020, DE 31 DE MAIO DE 2002 - Regulamentação da Programação Pactuada e Integrada da NOAS/SUS 01/2002.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e serviços de assistência à saúde, com equidade;

considerando o inciso XI, do Artigo 7, do Capítulo II, da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”;

considerando o Artigo 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que o “processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”;

considerando a edição da Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2.000, que estabelece a vinculação de receita líquida dos três níveis de governo no financiamento do setor saúde; e

Considerando o disposto na Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS/SUS 01/2002, aprovada pela Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, em especial seu Capítulo II - Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS, Item II.1 - Do Processo de Programação da Assistência, resolve:

Art. 1º. Definir que a Programação Pactuada e Integrada - PPI/2002 da Assistência é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios.

Art. 2º. Estabelecer que são objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada - PPI da assistência:

I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

II - orientar a alocação dos recursos financeiros federais de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;

III - explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem o montante de recursos do Sistema Único de Saúde - SUS destinados às ações e serviços de saúde;

IV - consolidar o papel das secretarias estaduais de saúde na coordenação:

a) da política estadual de saúde;

b) da regulação, controle e avaliação geral do sistema estadual de saúde;

c) da macroalocação dos recursos do SUS destinados pelo nível federal e pelo próprio estado, para o financiamento da assistência;

d) na construção de critérios e parâmetros estaduais a serem utilizados na programação da assistência à saúde;

e) no apoio e assessoria técnica aos municípios;

f) na promoção da integração dos sistemas municipais de saúde em sistemas funcionais em cada região, e

g) no desenvolvimento do modelo de gestão e de novos mecanismos gerenciais;

V - consubstanciar as diretrizes de regionalização da assistência à saúde, mediante a adequação dos critérios de distribuição dos recursos, dando concretude à conformação de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas;

VI - explicitar o pacto estadual quanto à definição do comando único de forma coerente com as condições de habilitação;

VII - assegurar que a memória da pactuação das metas físicas e financeiras, relativas às referências intermunicipais resultantes do processo de PPI, integrará o Termo de Garantia de Acesso, Anexo IV da NOAS/SUS 01/2002;

VIII - assegurar que nos casos especiais, quando o limite financeiro do município de referência estiver sob a gestão estadual, a memória da pactuação das metas físicas e financeiras, relativas às referências intermunicipais resultantes da PPI, será referência para o acompanhamento entre o gestor estadual e os municípios envolvidos, contemplando o disposto no Art. 38.1 da NOAS/SUS 01/2002;

IX - definir os limites financeiros globais para a assistência de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios de acordo com o Art. 33.4 da NOAS/SUS 2002;

X - contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação dos resultados e controle das ações e serviços de saúde.

Art. 3º. Definir que o processo de Programação Pactuada e Integrada - PPI da assistência deve ser norteado pelas seguintes diretrizes gerais:

I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada estado e município, de forma ascendente, coerente com os respectivos Planos Estadual e Municipais de Saúde, Agenda de

Saúde e Quadro de Metas para o ano correspondente;

II - orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;

III - assegurar que as diretrizes, objetivos, prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros assistenciais para a programação sejam submetidos à aprovação da CIB e Conselhos de Saúde;

IV - ser coordenado pelo gestor estadual e que seus métodos, processos e resultados deverão ser aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, em cada Unidade Federada.

Art. 4º. A Programação Pactuada e Integrada deverá orientar a alocação dos recursos federais da assistência entre os municípios, resultando na definição dos limites financeiros para todos os municípios do estado, compreendendo estes, como o montante de recursos a serem utilizados na execução dos serviços existentes em cada território municipal, desagregado em duas parcelas referentes ao atendimento da sua própria população e ao atendimento da população referenciada, independente da sua condição de habilitação.

Parágrafo único. Os recursos financeiros, de média e alta complexidade, a que se refere este Artigo, deverão estar sob gestão municipal, quando o município encontrar-se em condição de gestão Plena de Sistema Municipal, ou sob gestão estadual quando o município estiver em outra condição de gestão previstas na NOAS/SUS 01/2002.

Art. 5º. Estabelecer que as unidades federadas apresentem à Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS os seguintes produtos:

I - Agenda Estadual de Saúde e Quadro de Metas Estadual;

II - o Limite Financeiro da Assistência deverá ser apresentado conforme o conjunto de planilhas que faz parte integrante do Anexo desta Portaria e esta disponibilizado no endereço www.saude.gov.br/sas.

II.1 - cópia da publicação no Diário Oficial do Estado dos limites de recursos federais previstos para o financiamento da assistência em todos os municípios, aprovados na CIB, discriminando sua condição de gestão e a parcela de recursos referente ao atendimento da própria população e ao atendimento da população referenciada;

III - apresentação do montante dos recursos financeiros estaduais destinados ao SUS, detalhando, de acordo com as aberturas orçamentárias e/ou programáticas adotadas pelo estado;

IV - Documento, aprovado na CIB, contendo a definição da periodicidade para a revisão dos limites financeiros municipais publicados;

V - Quadro síntese dos critérios e parâmetros de distribuição de recursos adotados;

VI - Memória dos pactos municipais realizados com definição de metas físicas e financeiras;

Art. 6º. Estabelecer que o processo de Programação da Assistência, no âmbito nacional, fica sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência a Saúde/SAS/MS, a quem caberá orientar, subsidiar e avaliar as propostas estaduais de programação de metas físicas e financeiras para a assistência à saúde.

Art. 7º. Definir que a Programação da Assistência deve se orientar pelo documento, “Organização e Programação da Assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar”.

Art. 8º. Definir que o disposto nesta Portaria não impõe a estados e municípios nenhuma obrigatoriedade em complementar a Tabela Nacional do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 9º. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, cessando os efeitos da Portaria GM/MS nº 483, de 6 de abril de 2001 e revogando as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI

31 . PORTARIA GM/MS Nº 1.919, DE 22 DE OUTUBRO DE 2002 - Institui a RIPSA

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e considerando a necessidade de:

aperfeiçoar a capacidade de formulação, coordenação, gestão e operacionalização de políticas e ações públicas dirigidas à qualidade de saúde e de vida da população;
propiciar a disponibilização adequada, oportuna e abrangente de dados básicos, indicadores e análises de situação sobre as condições de saúde e suas tendências, municiando os diferentes níveis de direção do Sistema Único de Saúde com informações aplicadas à condução de políticas e ações de saúde;
harmonizar conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados e informações;
promover a articulação interinstitucional de entidades vocacionadas para a geração de informações e interessadas no aprofundamento das questões relacionadas com a saúde;
atender a compromisso do País com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de produzir análises periódicas sobre os avanços na área de saúde;
atender a compromissos do País com outros organismos internacionais ou derivados de acordos bilaterais e multilaterais de cooperação, para o fornecimento de informações;
contribuir para a construção do sistema nacional de informações em saúde, de que trata a Lei nº 8.080/90, resolve:

Art. 1º. Fica instituída a Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSA, com os seguintes objetivos:

- a) estabelecer base de informações essenciais e consistentes para a análise das condições de saúde no País, facilmente acessíveis pelos diversos tipos de usuários e construídas mediante processo interinstitucional de trabalho;
- b) articular a participação de instituições que contribuam para a produção, crítica e análise de dados e indicadores relativos às condições de saúde;
- c) implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações;
- d) promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública;
- e) contribuir para o estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro;
- f) fomentar mecanismos indutores do uso de informações essenciais para a orientação de processos decisórios no âmbito do SUS.

Art. 2º. Integrarão a RIPSa:

I - No âmbito do Ministério da Saúde:

- a) Secretaria Executiva;
- b) Secretaria de Políticas de Saúde;
- c) Secretaria de Assistência à Saúde;
- d) Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde;
- e) Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- f) Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- g) Fundação Nacional de Saúde;
- h) Fundação Oswaldo Cruz.

II - Outras instituições representativas dos segmentos governamentais, técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção, análise e disseminação de dados de interesse da saúde.

Art. 3º. Para a manutenção de fluxos contínuos e dinâmicos de dados e informações, poderão ser estabelecidas parcerias regulares e permanentes com entidades nacionais especializadas, mediante formalização de compromissos ou acordos que estabeleçam bases de cooperação com essa finalidade.

Parágrafo único. A base comum de dados e indicadores adotados na RIPSa ficará sediada no Departamento de Informática do SUS - DATASUS, o qual desenvolverá os instrumentos informacionais necessários para a provisão de dados pelas instituições fontes, bem como para que os produtos da RIPSa estejam disponíveis na Internet.

Art. 4º. As bases de cooperação para a coordenação da RIPSa e a administração dos recursos vinculados à sua implementação estão fixadas em Acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), à qual caberá propiciar apoio técnico e administrativo para o funcionamento da Rede.

Art. 5º. Sem prejuízo do disposto no Artigo anterior, a RIPSa terá os seguintes mecanismos de funcionamento, sob a coordenação geral do Secretário-Executivo do Ministério da Saúde:

- a) Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), responsável pela condução técnica, planejamento participativo e assessoria especializada ao Conselho Nacional de Saúde, sendo composta pelas entidades de responsabilidade nacional específica e regular na produção, análise e disseminação de dados e informações;
- b) Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI), constituídos mediante proposição da OTI, para analisar questões metodológicas e operacionais relacionadas aos produtos da Rede, sendo integrados por representantes das entidades identificadas com temários específicos de trabalho;
- c) Comitês de Gestão de Indicadores (CGI), constituídos por subconjuntos temáticos, com a

incumbência de aperfeiçoar continuamente as bases de dados disponíveis, mediante análises e adequações periódicas;

d) Secretaria Técnica, encarregada da elaboração e proposição dos procedimentos operacionais e de apoio

às estruturas colegiadas, sendo composta por representantes dos órgãos do Ministério da Saúde referidos no Art. 3º e da OPAS.

Art. 6º. Fica o Secretário Executivo do Ministério da Saúde, incumbido da implementação das medidas necessárias ao integral cumprimento das disposições desta Portaria.

Art. 7º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando a Portaria nº 398/GM/MS de 12 de abril de 2000, publicada no D.O.U. nº 73-E, Seção I, página 17 de 14/04/00.

BARJAS NEGRI

32. PORTARIA GM/MS Nº 2.047, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002

Aprova, na forma do Anexo a esta Portaria, as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, considerando a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que assegura recursos mínimos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; considerando a auto-aplicabilidade do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT, da Constituição da República, introduzido pela referida Emenda; considerando a competência do Ministério da Saúde, na qualidade de órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, de estabelecer normas operacionais para o funcionamento do Sistema, determinada pelo art. 14, XVIII, b, da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, com as alterações da Medida Provisória nº 2.216-37, de 31 de agosto de 2001; pelos arts. 16, incisos XIII e XVII, e 33, § 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e pelo art. 5º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; considerando a Resolução nº 316, aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde em 4 de abril de 2002; considerando a Nota Técnica COPLAN/DP/SIS/MS nº 061/02, da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS; e considerando os Pareceres CONJUR/CODELEGIS/VL nº 961, de 2002, e nº 1.970, de 2002, resolve:

Art. 1º. Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

Art. 2º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI

ANEXO - DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA A APLICAÇÃO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 2000

Da Base de Cálculo para Definição dos Recursos Mínimos a serem aplicados em Saúde

Art. 1º. As bases de cálculo para a apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, estabelecidas pelos incisos do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Provisórias - ADCT da Constituição da República, são as seguintes:

I - Para os Estados, o somatório:

- a) do total das receitas de impostos de natureza estadual (ICMS, IPVA, ITCMD);
- b) das receitas de transferências recebidas da União (Quota-Parte do FPE; Quota-Parte do IPI - Exportação; Transferências da Lei Complementar nº 87/96 - Lei Kandir);
- c) do Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF;
- d) de outras receitas correntes (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária);
- e) deste somatório, devem ser subtraídas as transferências financeiras constitucionais e legais dos Estados aos Municípios (ICMS, de 25%; IPVA, de 50%; IPI - Exportação, de 25%).

II - Para os Municípios, o somatório:

- a) do total das receitas de impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI);
- b) do total das receitas de transferências recebidas da União (Quota-Parte do FPM; Quota-Parte do ITR; Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 - Lei Kandir);
- c) do Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF;
- d) das receitas de transferências do Estado (Quota-Parte do ICMS; Quota-Parte do IPVA; Quota-Parte do IPI - Exportação); e
- e) de outras receitas correntes (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária).

III - Para o Distrito Federal, a soma das seguintes receitas:

- a) de caráter estadual:
 - 1. ICMS (75%);
 - 2. IPVA (50%);
 - 3. ITCD;

4. Simples;
 5. Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF;
 6. Quota-parte do FPE;
 7. Quota-parte IPI - Exportação (75%);
 8. Transferências da Lei Complementar nº 87/96 - Lei Kandir (75%);
 9. Dívida Ativa Tributária de Impostos; e
 10. Multas, juros de mora e correção monetária.
- b) de caráter municipal:
1. ICMS (25%);
 2. IPVA (50%);
 3. IPTU;
 4. ISS;
 5. ITBI;
 6. Quota-parte do FPM;
 7. Quota-parte IPI - Exportação (25%);
 8. Quota-parte ITR;
 9. Transferências da Lei Complementar nº 87/96 - Lei Kandir (25%);
 10. Dívida Ativa Tributária de Impostos; e
 11. Multas, juros de mora e correção monetária.

Dos Recursos Mínimos a serem aplicados em Saúde

Art. 2º. Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação, prevista no art. 77, do ADCT.

§ 1º. O percentual mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde em 2000 é de 7%.

§ 2º. Os Estados e Municípios deverão aumentar anualmente seus percentuais de aplicação em saúde segundo uma razão fixa mínima, observando-se o seguinte:

I - os Municípios:

a) que tiverem aplicado percentual igual ou inferior a 7%, em 2000, deverão somar, a partir de 2001, inclusive, a razão de 1.6 pontos ao percentual aplicado no exercício anterior, respeitado o disposto no § 1º deste artigo, até 2003, inclusive;

b) que tiverem aplicado percentual superior a 7% e inferior a 15%, em 2000, deverão calcular a diferença entre 15% e o percentual aplicado em 2000, reduzindo-a à razão de um quinto por ano, a partir de 2001, inclusive, por meio da soma dessa razão ao percentual aplicado no exercício anterior, até 2003, inclusive;

c) Em 2004, deverão aplicar 15%, da base de cálculo em ações e serviços públicos de saúde.

II - os Estados:

a) que tiverem aplicado percentual igual ou inferior a 7%, em 2000, deverão somar, a partir de 2001, inclusive, a razão de 1 ponto ao percentual aplicado no exercício anterior, respeitado o disposto no § 1º deste artigo, até 2003, inclusive;

b) que tiverem aplicado percentual superior a 7% e inferior a 12%, em 2000, deverão calcular a diferença entre 12% e o percentual aplicado em 2000, reduzindo-a à razão de um quinto por ano, a partir de 2001, inclusive, por meio da soma dessa razão ao percentual aplicado no exercício anterior, até 2003, inclusive;

c) Em 2004, deverão aplicar 12% da base de cálculo em ações e serviços públicos de saúde.

§ 3º. Os Estados e Municípios que tiverem aplicado, a partir de 2000, percentual igual ou superior aos mínimos previstos para 2004, não poderão reduzir este percentual abaixo de 12% e 15%, respectivamente, nos anos seguintes.

§ 4º. Eventual descumprimento, pelos Entes Federados, da aplicação do percentual mínimo previsto para cada ano não reduzirá o percentual mínimo a ser aplicado no exercício seguinte, calculado na forma do § 2º deste artigo.

§ 5º. A aplicação de percentual superior ao previsto, em determinado ano, não exime os Estados e Municípios de respeitarem a progressão, nos anos seguintes, por meio da soma da razão indicada no § 2º acima.

Art. 3º. O montante mínimo de recursos a ser aplicado em saúde, pelo Distrito Federal, deverá ser definido pelo somatório:

I - da aplicação do percentual mínimo previsto para os governos estaduais na base de cálculo estadual definida no art. 1º, III, a; e

II - da aplicação do percentual mínimo previsto para os governos municipais na base de cálculo municipal, definida no art. 1º, III, b.

§ 1º. Se o Distrito Federal tiver aplicado percentual menor ou igual a 7%, em 2000, deverá obedecer a seguinte sistemática:

a) no ano de 2001, o montante mínimo resulta do produto de 0,08 pela base de cálculo estadual somado ao produto de 0,086 pela base de cálculo municipal;

b) no ano de 2002, o montante mínimo resulta do produto de 0,09 pela base de cálculo estadual somado ao produto de 0,102 pela base de cálculo municipal;

c) no ano de 2003, o montante mínimo resulta do produto de 0,10 pela base de cálculo estadual somado ao produto de 0,118 pela base de cálculo municipal; e

d) no ano de 2004, o montante mínimo resulta do produto de 0,12 pela base de cálculo estadual somado ao produto de 0,15 pela base de cálculo municipal.

§ 2º. Se o Distrito Federal tiver aplicado percentual superior a 7%, em 2000, aplicar-se-á a sistemática disposta no art. 2º, conforme o caso.

§ 3º. O percentual de que tratam os § 1º e 2º deste artigo, referente ao ano de 2000, deverá ser obtido através do quociente da despesa com ações e serviços públicos de saúde aplicadas nesse exercício, pela soma das bases de cálculo estadual e municipal no mesmo exercício, multiplicado por 100, apresentado com duas casas decimais.

Art. 4º. Os recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, em cada Ente Federado, serão calculados pela soma das despesas liquidadas com essas ações, relacionadas às respectivas fontes de recursos definidas no artigo 1º, observado o disposto nos artigos 7º e 8º.

§ 1º. Para estados e municípios, até o exercício financeiro de 2005, inclusive, os recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, em cada Ente Federado, serão calculados por meio da dedução do valor referente às receitas oriundas de transferências intergovernamentais no âmbito do Sistema Único de Saúde, do total da despesa liquidada com ações e serviços públicos em saúde, observado o disposto nos artigos 7º e 8º.

§ 2º. As despesas de exercícios anteriores não integram o cálculo do valor aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 5º. O percentual de recursos aplicados em ações e serviços de saúde, por cada Ente Federado, será calculado pelo quociente obtido com a divisão do valor aplicado em saúde, calculado conforme o art. 4º, pela base de cálculo definida no art. 1º, para estados e municípios, conforme o caso, multiplicado por 100, apresentado com duas casas decimais.

Das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Art. 6º. Para efeito da aplicação do art. 77 do ADCT, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, relacionadas a programas finalísticos e de apoio que atendam, simultaneamente, aos princípios do art. 7º da Lei n(8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

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

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3º, do ADCT.

Art. 7º. Atendidos os princípios e diretrizes mencionados no art. 6º destas Diretrizes, e para efeito da aplicação do art. 77 do ADCT, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II - vigilância sanitária;

III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV - educação para a saúde;

V - saúde do trabalhador;

VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII - assistência farmacêutica;

VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;

IX - capacitação de recursos humanos do SUS;

X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);

XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;

XIV - atenção especial aos portadores de deficiência; e

XV - ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

Parágrafo único. Poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido:

I - no caso da União, excepcionalmente, as despesas listadas neste artigo, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las;

II - no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, excepcionalmente, as despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, para financiar ações e serviços públicos de saúde.

Art. 8º. Em conformidade com os princípios e diretrizes mencionados no art. 6º destas Diretrizes Operacionais, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde, para efeito de aplicação do disposto no art. 77 do ADCT, as relativas a:

- I - pagamento de aposentadorias e pensões;
 - II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
 - III - merenda escolar;
 - IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII do art. 7º, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
 - V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
 - VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes Federativos e por entidades não-governamentais;
 - VII - ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos no art. 7º, bem como aquelas não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;
- Parágrafo único.** Não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido:
- I - no caso da União, as despesas de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para financiar ações e serviços públicos de saúde; e
 - II - no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas listadas no art. 7º, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las.

Dos Instrumentos de Acompanhamento, Fiscalização e Controle do cumprimento da Ementa Constitucional nº 29, de 2000

Art. 9º. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde - SIOPS, criado pela Portaria Interministerial nº 1.163, de outubro de 2000, será o instrumento de acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

§ 1º. O SIOPS apresentará as seguintes características:

- I - preenchimento obrigatório pelos Estados, Municípios e Distrito Federal;
- II - caráter declaratório;
- III - processos informatizados de declaração, armazenamento e extração dos dados;
- IV - disponibilidade do programa de declaração no portal eletrônico do Ministério da Saúde ou em disquetes, nos escritórios regionais do Departamento de Informática do SUS - DATASUS;
- V - publicidade das informações declaradas e dos indicadores calculados no portal eletrônico do Ministério da Saúde;
- VI - realização de cálculo automático dos percentuais mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, previstos no art. 77 do ADCT, de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Portaria; e

VII - presença de mecanismos que promovam a correspondência dos dados declarados no SIOPS com os demonstrativos contábeis publicados pelos Entes Federados.

§ 2º. Atribui-se ao declarante a responsabilidade:

I - pela inserção de dados no programa de declaração;

II - pela fidedignidade dos dados declarados em relação aos demonstrativos contábeis; e

III - pela veracidade das informações inseridas no sistema.

§ 3º. Caberá à Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde:

I - emitir normas que assegurem as diretrizes dispostas nesta Portaria; e

II - caso se verifique o descumprimento, por Ente Federado, das disposições da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, relativas à aplicação de recursos mínimos em ações e serviços de saúde pública, informar o ocorrido ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS, ao próprio Ente, ao Conselho Nacional de Saúde, ao Ministério Público e ao respectivo Tribunal de Contas, para as medidas cabíveis.

Art. 10. O Ministério da Saúde tornará disponível aos Tribunais de Contas, mediante termo de cooperação técnica, banco de dados contendo as declarações de Estados, Distrito Federal e Municípios, para sua utilização nas atividades de verificação in loco e controle externo atribuídas àqueles órgãos.

Parágrafo único. O termo de cooperação técnica de que trata o caput estabelecerá procedimentos em caso de divergência dos dados declarados em relação àqueles constantes dos demonstrativos contábeis de Estados, Distrito Federal e Municípios.

Art. 11. O Ministério da Saúde tornará disponível aos Conselhos de Saúde, mediante solicitação, banco de dados contendo as declarações de Estados, Distrito Federal e Municípios, a fim de que sejam utilizados nas atividades de controle externo de competência daqueles órgãos.

BARJAS NEGRI

parte



COLETÂNEA DE

ATOS NORMATIVOS

1 . AIDS

PRT/GM/MS nº 236, de 2 de maio de 1985 - DO de 6/5/85

Estabelece as diretrizes para o Programa de Controle da SIDA ou AIDS.

LEI nº 7.670, de 9 de setembro de 1988

Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA ou AIDS os benefícios que especifica e dá outras providências.

PRT/SNAS/MS nº 291, de 17 de junho de 1992 - DO de 23/6/92

Inclui e normatiza no SIH/SUS procedimentos referentes a tratamento da AIDS.

PRT/SAS/MS nº 93, de 31 de maio de 1994 - DO de 3/6/94

Dispõe sobre hospital-dia para tratamento da AIDS.

PRT/SAS/MS nº 130, de 3 de agosto de 1994 - DO de 5/8/94

Estabelece diretrizes e normas para implementação de tratamento em hospital-dia ao paciente com AIDS.

PRT/SAS/MS nº 21, de 21 de março de 1995 - DO de 27/3/95

Dispõe sobre a indicação e uso de medicamentos para AIDS.

PRT/SAS/MS nº 97, de 28 de agosto de 1995 - DO de 29/8/95

Adota medidas para prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno.

PRT/SAS/MS nº 119, de 12 de julho de 1996 - DO de 15/7/96

Altera a forma de cobrança do quantitativo de diárias dos Grupos de Procedimentos no hospital-dia AIDS e hospital-dia Psiquiatria.

PRT/GM/Interministerial MS/M.Exército nº 1.772, de 30 de agosto de 1996 - DO de 2/9/96

Aprova plano de trabalho no campo das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

PRT/GM/MS nº 2.009, de 4 de outubro 1996 - DO de 7/10/96

Complementa os termos da Portaria nº 1.376 de 19 de novembro de 1993, que aprova normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados.

LEI nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 - DO de 14/11/96

Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.

PRT/GM/MS nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996 - DO de 19/12/96

Estabelece medidas para prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno.

PRT/GM/MS nº 705, de 20 de maio de 1997 - DO de 21/5/97

Promove alteração do quadro de detalhamento de despesas do MS a fim de agilizar o processo de aquisição e distribuição de medicamentos para o controle de doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS e medicamentos padronizados de uso corrente.

PRT/GM/MS nº 874, de 3 de julho de 1997 - DO de 4/7/97

Publica o guia de condutas terapêuticas em HIV/DST, para orientar o cumprimento do disposto nos parágrafos 1º e 2º da Lei nº 9.313, de 13/11/96.

PRT/SNVS/MS nº 488, de 17 de junho de 1998 - DO de 18/6/98

Resolve que serão adotados obrigatoriamente os procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-HIV.

PRT/SE/MS nº 774, de 19 de outubro de 1999 - DO de 20/10/99

Aprova Plano de Trabalho de Apoio as Ações de Saúde, objetivando a execução de “Programa de Combate a DST/AIDS”. Revoga a PRT/SE/MS nº 715, de 29/9/99, publicada no DO de 30/9/99, Seção I, pág. 16.

PRT/SE/MS nº 796, de 22 de outubro de 1999 - DO de 25/10/99

Aprova Plano de Trabalho de Apoio às Ações de Saúde, objetivando produção e distribuição de kits de HIV-1 e insumos para a garantia de qualidade dos testes sorológicos de DST e AIDS.

PRT/SE/MS nº 810, de 27 de outubro de 1999 - DO de 28/10/99

Aprova Plano de Trabalho de Apoio às Ações de Saúde, objetivando produção e distribuição de kits de HIV-1 e insumos para controle e garantia de qualidade aos testes sorológicos de DST e AIDS.

PRT/SE/MS nº 916, de 3 de dezembro de 1999 - DO de 6/12/99

Aprova Plano de Trabalho de Apoio às Ações de Saúde, objetivando produção e distribuição de medicamentos para o programa de AIDS.

PRT/SE/MS nº 84, de 22 de fevereiro de 2000 - DO de 23/2/00

Aprova Plano de Trabalho de Apoio às Ações de Saúde, objetivando produção e distribuição de medicamentos para o programa de DST/AIDS.

PRT/GM/MS nº 176, de 23 de fevereiro de 2000 - DO de 25/2/00

Inclui Gerentes de Programas do Ministério da Saúde, conforme relação constante do anexo a esta Portaria.

PRT/GM/MS nº 486, de 16 de maio de 2000 - DO de 17/5/00

Expede a edição revisada e atualizada das orientações e critérios relativos à definição nacional de casos de AIDS em indivíduos menores de 13 (treze) anos de idade, para fins de vigilância epidemiológica.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 08, de 26 de abril de 2001 - DO de 27/4/01

Estabelece que passa a ser remunerada, por meio do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, exclusivamente, a operacionalização da realização dos exames de quantificação de ácido nucléico - carga viral do HIV contagem de linfócitos TCD4+/CD8+, sendo os insumos adquiridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com recursos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, e distribuídos à Rede de Laboratórios de Carga Viral e CD4.

PRT/GM/MS nº 630, de 2 de abril de 2002 - DO de 3/4/02

Altera os recursos estabelecidos na PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 08, de 26/4/01, destinados ao co-financiamento da aquisição dos insumos necessários para realização dos exames de quantificação do ácido nucléico - carga viral do HIV e contagem de linfócitos TCD4+/CD8+, cujos montantes passam a ser os definidos conforme anexo desta Portaria.

PRT/GM/MS nº 1.750, de 2 de outubro de 2002 - DO de 3/10/02

Altera, para o terceiro trimestre de 2002, os recursos estabelecidos na PRT/GM/MS nº 630, de 2/4/02, dos Estados que cumpriram o estabelecido no art. 3º da referida Portaria, cujos montantes passam a ser os definidos conforme anexo desta Portaria.

PRT/GM/MS nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002 - DO de 20/12/02

Institui incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST.

PRT/GM/MS nº 2.314, de 20 de dezembro de 2002 - DO de 27/12/02

Aprova Norma Técnica - Incentivo AIDS e DST.

2 . ALTA COMPLEXIDADE

2.1. ALTA COMPLEXIDADE - CÂNCER

PRT/SAS/MS nº 106, de 30 de julho de 1991 - DO de 1/8/91

Inclui no SIH/SUS os grupos respectivos de Procedimentos e Procedimentos Especiais para tratamento quimioterápico. Retificada no DO de 20/8/91.

PRT/SAS/MS nº 170, de 17 de dezembro de 1993 - DO de 20/12/93

Normatiza o credenciamento dos hospitais no SIPAC-Câncer. Revogada pela PRT/GM/MS nº 3.535, de 2/9/98 - DO de 14/9/98.

PRT/SAS/MS nº 171, de 17 de dezembro de 1993 - DO de 20/12/93

Estabelece os procedimentos que somente poderão ser realizados e cobrados em hospitais credenciados no SIPAC-Câncer.

RES/CFM nº 1.483, de 11 de setembro de 1997 - DO de 22/9/97

Vincula reconstrução mamária com mastectomia, quando for esta indicada.

PRT/GM/MS nº 3.535, de 2 de setembro de 1998 - DO de 3/9/98

Estabelece critérios para cadastramento de Centro de Atendimento em Oncologia. Revoga a PRT/SAS/MS nº 170, de 17/12/93 - DO de 20/12/93. Republicada no DO de 3/9/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 3.536, de 2 de setembro de 1998 - DO de 3/9/98

Implanta formulários/instrumentos, regulamenta sua utilização na sistemática da autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais na área do câncer e dá outras providências. Republicada no DO de 24/12/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 146, de 2 de setembro de 1998 - DO de 4/9/98

Exclui da tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS, no prazo de 60 dias, os procedimentos nela relacionados e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 145, de 2 de setembro de 1998 - DO de 14/9/98

Exclui da tabela de procedimentos de SIA/SUS os procedimentos de quimioterapia e radioterapia nela relacionados e fixa os valores dos procedimentos criados nos anexos I e II. Vigora a partir da competência de outubro de 1998. Republicada no DO de 6/10/98, por ter saído com incorreções no original.

PRT/SAS/MS nº 197, de 30 de outubro de 1998 - DO de 9/11/98

Implanta no SIA/SUS a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo-APAC e incorpora procedimentos de quimioterapia e radioterapia.

PRT/SAS/MS nº 34, de 4 de fevereiro de 1999 - DO de 5/2/99

Mantém a exclusão dos procedimentos e grupos de procedimentos nela relacionados, na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS, exclui dois grupos de procedimentos e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 113, de 31 de março de 1999 - DO de 1/4/99

Estabelece que a abertura de qualquer serviço de radioterapia e/ou quimioterapia, isolado, deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, em nível local e estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade da sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem o qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

PRT/GM/MS nº 255, de 31 de março de 1999 - DO de 1/4/99

Altera subitens constantes do anexo I da PRT/GM/MS nº 3.535, de 2/9/98 - DO de 14/10/98 que trata das Normas Específicas para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia e dá outras providências.

LEI nº 9.797, de 6 de maio de 1999 - DO de 7/5/99

Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidade integrada do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 6, de 27 de maio de 1999 - DO de 31/5/99

Inclui, no grupo de procedimentos 42.107.03-2 - Cirurgia da Mama III da tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, o procedimento discriminado.

PRT/SAS/MS nº 296, de 15 de julho de 1999 - DO de 16/7/99

Mantém os formulários/instrumentos e regulamenta sua utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de quimioterapia e de radioterapia.

PRT/SAS/MS nº 130, de 23 de abril de 2000 - DO de 26/4/00

Autoriza a realização do procedimento 38.048.10,8 - Cirurgia Reparadora/Reconstrutiva para implante Peniano, pelas Unidades Prestadoras de Serviços do SUS habilitadas em alta complexidade em oncologia.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 13, de 12 de julho de 2000 - DO de 13/7/00

Mantém, por tempo indeterminado, o financiamento da produção dos grupos de procedimentos sob responsabilidade do Ministério da Saúde e executados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

LEI nº 10.223, de 15 de maio de 2001

Altera a Lei nº 9.656, de 3/6/98, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

LEI nº 10.289, de 20 de setembro de 2001

Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata.

PRT/SAS/MS nº 431, de 3 de outubro de 2001 - DO de 5/10/01

Aprova Protocolo e Diretrizes Terapêuticas - Leucemia Mielóide Crônica do Adulto.

PRT/SAS/MS nº 515, 6 de novembro de 2001 - DO de 7/11/01

Determina às unidades cadastradas no SUS e classificados como CACON I, II, III ou ainda como Serviço Isolado de Quimioterapia que, ao utilizarem qualquer dos procedimentos estabelecidos na PRT/SAS/MS nº 432, de 3/10/01, enviem ao Instituto Nacional de Câncer - INCA cópia da respectiva APAC I.

PRT/SAS/MS nº 1.289, de 16 de julho de 2002 - DO de 17/7/02

Altera os subitens na Portaria nº 3.535/98 referente aos Centros de Alta Complexidade em Oncologia.

2.2. ALTA COMPLEXIDADE - CARDIOVASCULAR

PRT/SAS/MS nº 66, de 6 de maio de 1993 - DO de 10/5/93

Normatiza o credenciamento para realização de procedimentos de alta complexidade em cirurgia cardiovascular e em cardiologia.

PRT/SAS/MS nº 41, de 17 de março de 1994 - DO de 21/3/94

Estabelece obrigatoriedade do preenchimento do formulário “Registro Brasileiro de Marca-passo”.

PRT/SAS/MS nº 35, de 11 de maio de 1995 - DO de 12/5/95

Aprova a indicação de implante de marca-passo cardíaco permanente, no âmbito do SUS.

PRT/SAS/MS nº 148, de 7 de dezembro de 1995 - DO de 11/12/95

Altera o fluxo dos formulários do “Registro Brasileiro de Marca-passo”.

PRT/GM/MS nº 3.825, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Estabelece o limite de 20% da frequência total de procedimentos do Grupo Cirurgia Cardíaca e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 725, de 6 de dezembro de 1999 - DO de 7/12/99

Aprova, na forma do anexo I desta Portaria, as diretrizes para o implante de marca-passo cardíaco permanente, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Revoga as PRT/SAS/MS nº 41, de 17/3/94, nº 35, de 11/5/95 e nº 148, de 7/12/95.

PRT/SAS/MS nº 726, de 6 de dezembro de 1999 - DO de 8/12/99

Aprova, na forma do anexo I, as Diretrizes para o Implante de Prótese de Sustentação Intraluminal Arterial (stent), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 53, de 14 de dezembro de 1999 - DO de 15/12/99

Inclui na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS os grupos e procedimentos 32.101.11-2, 32.032.01-3, 32.101.12-0 e 32.033.01-0 e na tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS o material que especifica.

PRT/GM/MS nº 333, de 24 de março de 2000 - DO de 28/3/00

Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Bancos de Válvulas Cardíacas Humanas.

PRT/SAS/MS nº 201, de 8 de junho de 2000 - DO de 9/6/00

Inclui, na Tabela de Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS código para Conjunto de Valvoplastia.

PRT/SAS/MS nº 242, de 5 de julho de 2001 - DO de 6/7/01

Autoriza a relação/cobrança do procedimento de Válvula Cardíaca Humana.

PRT/GM/MS nº 640, de 3 de abril de 2002 - DO de 5/4/02

Cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência Cardiovascular.

PRT/GM/MS nº 778, de 23 de outubro de 2002 - DO de 24/12/02

Altera o disposto no § 1º do art. 2º, da PRT/SAS/MS nº 227, de 4/4/02, estabelecendo que

o prazo para cadastramento dos serviços como centros de referência em assistência cardiovascular de alta complexidade, laboratórios de eletrofisiologia e hospitais gerais com serviço de implante de marca-passo cardíaco permanente, passa a ser de 6 (seis) meses a contar da data da publicação desta Portaria.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 12, de 17 de dezembro de 2002

Submete à Consulta Pública as propostas de normalização de serviço e procedimento referente a “Acompanhamento dos Pacientes Portadores de Estimulação Cardíaca Artificial”, bem como as diretrizes para a implantação dos serviços de referência, conforme o anexo desta Consulta.

PRT/SAS nº 987, de 17 de dezembro de 2002 - DO de 18/12/02

Aprova, na forma dos anexos I e II desta Portaria, as diretrizes para o implante de marca-passo definitivo, do cardioversor-desfibrilador, do marca-passo multi-sítio e do cardiodesfibrilador multi-sítio, e dados para o preenchimento do Registro Brasileiro de Marca-Passos, Desfibriladores e Ressincronizadores Cardíacos, respectivamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

2.3. ALTA COMPLEXIDADE - GASTROPLASTIA

PRT/GM/MS nº 196, de 29 de fevereiro 2000 - DO de 1/3/00

Aprova, na forma do anexo desta Portaria, os critérios clínicos para a indicação de realização de Gastroplastia como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, na âmbito do Sistema Único de Saúde.

2.4. ALTA COMPLEXIDADE - IMPLANTE COCLEAR

PRT/SAS/MS nº 211, de 8 de novembro de 1996 - DO de 12/11/96

Estabelece que os procedimentos de Cirurgia do Ouvido IV e Implante Coclear só poderão ser utilizados por centro/núcleo previamente credenciado, segundo normas fixadas.

PRT/GM/MS nº 1.278, de 20 de outubro de 1999 - DO de 21/10/99

Aprova, na forma de anexo I, os critérios de indicação e contra-indicação de Implante Coclear.

PRT/SAS/MS nº 584, de 21 de outubro de 1999 - DO de 22/10/99

Desvincula os valores da prótese para Implante Coclear do procedimento 37.040.01.4 -

Implante Coclear e inclui na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM, assim como na tabela de compatibilidade do SIH/SUS, as próteses a serem cobradas, exclusivamente, no procedimento 37.040.01-4 - Implante Coclear.

2.5. ALTA COMPLEXIDADE - LÁBIO PALATAL E IMPLANTE DENTÁRIO

PRT/SAS/MS nº 76, de 1 de junho de 1993 - DO de 2/6/93

Inclui na tabela do SIH/SUS os procedimentos de implante dentário ósteo integrado, conforme especifica.

PRT/SAS/MS nº 126, de 17 de setembro de 1993 - DO de 21/9/93

Cria grupo de procedimentos na tabela do SIH/SUS, referente à pesquisa e reabilitação de lesões lábio-palatais.

PRT/SAS/MS nº 62, de 19 de abril de 1994 - DO de 20/4/94

Normatiza o credenciamento de Hospitais no SIPAC-Lábio-palatal.

PRT/SAS/MS nº 187, de 16 de outubro de 1998 - DO de 19/10/98

Inclui na tabela de procedimentos do SIH/SUS o grupo de procedimentos de pacientes portadores de lesões lábio-palatais especificado e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 3.762, de 20 de outubro de 1998 - DO de 23/10/98

Cria grupos de procedimentos e procedimentos na tabela de procedimentos do SIH/SUS para deficientes auditivos e com lesões lábio-palatais. Republicada no DO de 9/11/98, por ter saído com incorreção no original. Alterado o art. 2º pela PRT/GM/MS nº 4.011, de 14/12/98 - DO de 16/12/98.

PRT/SAS/MS nº 503, de 3 de setembro de 1999 - DO de 6/9/99

Cria os grupos de procedimentos e procedimentos relacionados, para utilização exclusiva em hospitais autorizados a realizarem os procedimentos de alta complexidade em lesões lábio-palataise e deformações crânio-faciais.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 35, de 15 de setembro de 1999 - DO de 30/9/99

Define que o financiamento dos procedimentos relacionados e os constantes da PRT/MS/SAS nº 503, de 3/9/99, para atender a pacientes com lesões lábio-palatais, deformados crânio-faciais, implante coclear e deficiências auditivas, serão de responsabilidade do Ministério da Saúde executados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, estando fixado em R\$18.886.503,00 (dezoito milhões, oitocentos e

oitenta e seis mil, quinhentos e três reais) anuais, alocados por Unidade Federada, conforme anexo desta Portaria. Retificada no DO de 22/10/99.

2.6. ALTA COMPLEXIDADE - NEUROCIRURGIA E EPILEPSIA

PRT/SAS/MS nº 46, de 23 de março de 1994 - DO de 30/3/94

Estabelece na tabela do SIH/SUS procedimentos referentes à epilepsia e rotinas para credenciamento.

PRT/SAS/MS nº 50, de 11 de abril de 1997 - DO de 14/4/97

Revê os critérios mínimos de cadastramento para tratamento de Epilepsia I e II, as indicações e a ficha de encaminhamento que passam a vigorar.

PRT/GM/MS nº 2.920, de 9 de junho de 1998 - DO de 15/6/98

Estabelece as condições para hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia.

PRT/GM/MS nº 2.922, de 9 de junho de 1998 - DO de 15/6/98

Cria códigos de procedimentos em neurocirurgia no SIH/SUS e especifica os valores. Cria códigos de procedimentos no SIH/SUS, considerando a PRT/GM/MS nº 2.920/98. Alterada pela PRT/GM/MS nº 3.946, de 25/11/98 - DO de 26/11/98.

PRT/GM/MS nº 3.946, de 25 de novembro de 1998 - DO de 26/11/98

Inclui na tabela de procedimentos do SIH/SUS os procedimentos em neurocirurgia que relaciona. Altera dispositivos da PRT/GM/MS nº 2.922, de 9/6/98 - DO de 26/11/98, que cria códigos de procedimentos no SIH/SUS. Retificada no DO de 8/1/99. No art. 3º, onde se lê: “Os procedimentos de que se trata o art. 2º da PRT/GM/MS nº 2.922/98, de 9/6/98 - DO 111, de 26/11/98, serão lançados no campo serviços Profissionais na forma abaixo”, leia-se: “Os procedimentos que trata a art. 8º da PRT/GM/MS nº 2.922/98, de 9/6/98 - DO 111, de 26/11/98 serão lançados no Campo Serviços Profissionais na forma abaixo.”

PRT/SAS/MS nº 246, de 18 de dezembro de 1998 - DO de 21/12/98

Inclui na tabela de compatibilidade do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS os procedimentos que relaciona no anexo.

PRT/SAS/MS nº 36, de 4 de fevereiro de 1999 - DO de 5/2/99

Considera, para fins de habilitação de unidades hospitalares no sistema de alta complexidade em neurocirurgia, todas as cirurgias neurológicas realizadas no período de 1 (um) ano e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 199, de 7 de junho de 2000 - DO de 9/6/00

Considera a PRT/GM/MS nº 2.920, de 6/6/98, que estabelece níveis para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia.

PRT/SAS/MS nº 213, de 20 de junho de 2000 - DO de 21/6/00

Estabelece níveis para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia.

2.7. ALTA COMPLEXIDADE - ORTOPEDIA

PRT/SAS/MS nº 42, de 17 de março de 1994 - DO de 21/3/94

Estabelece quais os procedimentos de alta complexidade em ortopedia e rotinas de credenciamento.

2.8. ALTA COMPLEXIDADE - TRANSPLANTE

DECRETO FEDERAL nº 879, de 22 de julho de 1993 - DO de 23/7/93

Regulamenta a Lei nº 8.489, de 18/11/92, que dispõe sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanitários.

PRT/SAS/MS nº 96, de 28 de julho de 1993 - DO de 2/8/93

Cria normas de credenciamento hospitalar em transplantes no SUS. Retificada no DO de 2/5/94. Revogada pela PRT/GM/MS nº 3.407, de 5/8/98 - DO de 6/8/98.

PRT/SAS/MS nº 27, de 12 de fevereiro de 1996 - DO de 13/2/96

Autoriza despesas decorrentes de busca internacional de doadores para Transplante de Medula Óssea - TMO.

PRT/SAS/MS nº 37, de 29 de fevereiro de 1996 - DO de 1/3/96

Determina que somente laboratórios relacionados na Portaria poderão ser cadastrados para exames de histocompatibilidade. Revogada pela PRT/SAS/MS nº 66, de 14/5/97 - DO de 15/5/97.

LEI nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 - DO de 5/2/97

Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 66, de 14 de abril de 1997 - DO de 15/5/97

Autoriza e relaciona laboratórios para realização de exames de histocompatibilidade.

DECRETO nº 2.268, de 30 de junho de 1997 - DO de 1/7/97

Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4/2/97 que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e dá outras providências.

RES/CFM nº 1.480, de 8 de agosto de 1997 - DO de 21/8/97

Dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e determina em seu art. 3º que compete ao Conselho Federal de Medicina definir critérios para diagnóstico de morte encefálica.

PRT/SAS/MS nº 134, de 6 de novembro de 1997 - DO de 11/11/97

Amplia a cobrança para os procedimentos de Transplante de Medula Óssea - 46.800.20-4, Tratamento de Anemia Aplástica - 79.300.03-0 e Medicamento Globulina Anti-linfocitária - 79.500.03-0.

RES/CFM nº 1.487, de 11 de fevereiro de 1998 - DO de 6/3/98

Determina a expressão “doador de órgãos e tecidos “ na carteira de identidade do Conselho.

PRT/GM/MS nº 2.109, de 26 de fevereiro de 1998 - DO de 3/3/98

Estabelece normas para credenciamento das centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos e autorização para estabelecimentos e equipes promoverem retiradas, transplante ou enxerto de tecidos e órgãos. Revogada pela PRT/GM/MS nº 3.407, de 5/8/98 - DO de 6/8/98.

PRT/GM/MS nº 3.407, de 5 de agosto de 1998 - DO de 6/8/98

Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplante e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes. Revoga as PRT/SAS/MS nº 96, de 28/7/93 - DO de 2/8/93, nº 2.109, de 26/2/98 - DO de 3/3/98 e os itens 10 e 11, o subitem 12.4 e a linear “b” do subitem 13.4 do Regulamento Técnico estabelecido pela PRT/GM/MS nº 2.042, de 11/10/96 - DO de 4/10/96.

PRT/GM/MS nº 3.410, de 5 de agosto de 1998 - DO de 10/8/98

Cria grupos de procedimentos e procedimentos no SIH/SUS. Republicada no DO de 3/11/98, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 16/12/98, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 28/6/99, por ter saído com incorreção no original. Retificado no DO de 27/7/99, no art. 1º.

PRT/SAS/MS nº 192, de 26 de outubro de 1998 - DO de 27/10/98

Altera o tipo de procedimento, código 99.800.25.0 - Retirada de pulmões para transplante e altera a redação do grupo de procedimentos acompanhamento pós-transplante, considerando a PRT/GM/MS nº 3.410, de 5/8/98 - DO de 10/8/98.

RES/CSS nº 12, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre a cobertura de transplantes e seus procedimentos por parte dos operadores de planos e seguros privados de assistência à saúde.

PRT/GM/MS nº 263, de 31 de março de 1999 - DO de 5/4/99

Permite a utilização de tecidos, órgãos ou parte do corpo humano para fins científicos, somente depois de esgotadas as possibilidades de sua utilização em transplantes.

PRT/SAS/MS nº 217, de 14 de maio de 1999 - DO de 17/5/99

Define procedimentos relacionados como integrantes do Sistema Nacional de Transplantes.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 2, de 21 de maio de 1999 - DO de 24/5/99

Define procedimentos relacionados como integrantes do Sistema Nacional de Transplantes e dá outras providências. Revoga a PRT/SAS/MS nº 217, de 14/5/99, publicada no DO de 17/5/99.

PRT/SAS/MS nº 270, de 24 de junho de 1999 - DO de 25/6/99

Aprova instrução quanto a realização e cobrança dos transplantes de órgãos no Sistema Único de Saúde, conforme especifica. Republicado no DO de 30/6/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 294, de 15 de julho de 1999 - DO de 23/7/99

Aprova instruções quanto a realização e cobrança dos transplante de órgãos no Sistema Único de Saúde. Revoga a PRT/SAS/MS nº 270, de 24/6/99 - DO de 25/6/99.

PRT/GM/MS nº 937, de 22 de julho de 1999 - DO de 23/7/99

Estabelece que a importação de córneas será feita exclusivamente por pacientes inscritos nas respectivas lista de espera da Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO Estadual e vinculado a equipes e centros transplantadores cadastrados no Sistema Nacional de Transplantes - SNT.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 16, de 22 de julho de 1999 - DO de 23/7/99

Regulamenta o financiamento e a distribuição de recursos para execução das atividades assistenciais inerentes ao Sistema Nacional de Transplante.

MPV nº 1.896-11, de 28 de julho de 1999 - DO de 29/7/99

Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei nº 9.434, de 4/2/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Ficam convalidados os artigos praticados com base na Medida Provisória nº 1.896-10, de 29/6/99.

PRT/SAS/MS nº 496, de 31 de agosto de 1999 - DO de 2/9/99

Altera a relação de grupo de procedimentos códigos 47.105.00.3 e seu procedimento código 47.805.01.3 - Acompanhamento Pós-Transplante de Rim, Fígado, Pulmão, Coração e Medula Óssea.

PRT/GM/MS nº 1.217, de 13 de outubro de 1999 - DO de 14/10/99

Aprova, na forma de anexo I desta Portaria, o Regulamento Técnico para Transplante de Medula Óssea, e na forma de anexo II, as Normas para Cadastramento/Auto-Relação de Equipes e Estabelecimentos de Saúde para a realização de Transplantes de Medula Óssea.

MPV nº 1.896-14, de 22 de outubro de 1999 - DO de 25/10/99

Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei nº 9.434, de 4/2/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e parte do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 1.896-13, de 24/9/99.

PRT/SAS/MS nº 617, de 29 de outubro de 1999 - DO de 3/11/99

Altera o limite de utilização do procedimento especial 99.800.09-8 - Realização de Cress Match (provas cruzadas de Linfócitos T Linfócitos T+ AGH e Linfócitos B) em possível doador de rim(s) e coração de 01 para 10.

PRT/SAS/MS nº 693, de 22 de novembro de 1999 - DO de 24/11/99

Cria na tabela de serviço e classificação do SIA, o serviço de Busca Internacional de Doador/Órgão e respectiva classificação conforme discriminado.

MPV nº 1.896-15, de 23 de novembro de 1999 - DO de 24/11/99

Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei nº 9.434, de 4/2/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 1.896-14, de 22/10/99.

MVP nº 1.956-16, de 9 de dezembro de 1999 - DO de 10/12/99

Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei nº 9.434, de 4/2/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

PRT/SAS/MS nº 219, de 28 de junho de 2000 - DO de 29/6/00

Altera o limite de utilização da OPM 93.800.43-6 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplantes (20ml) de 01 (um) para 02 (dois).

PRT/GM/MS nº 901, 16 de agosto de 2000 - DO de 18/8/00

Cria, no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.

PRT/GM/MS nº 902, 16 de agosto de 2000 - DO de 18/8/00

Cria, no âmbito do SUS, os Bancos de Olhos.

PRT/GM/MS nº 903, 16 de agosto de 2000 - DO de 18/8/00

Cria, no âmbito do SUS, os Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário.

PRT/GM/MS nº 904, 16 de agosto de 2000 - DO de 18/8/00

Cria, no âmbito do SUS, os Bancos de tecidos ósteo-fáscio-condroligamentosos.

PRT/GM/MS nº 1.183, de 25 de outubro de 2000 - DO de 26/10/00

Cria o Registro Nacional de Doadores de Órgãos e Tecidos.

PRT/GM/MS nº 1.273, 21 de novembro de 2000 - DO de 23/11/00

Cria mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de assistência a queimados e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.315 de 30 de novembro de 2000 - DO de 4/12/00

Estabelece, na forma do anexo I desta Portaria, os mecanismo destinados a organizar o fluxo de informações, de tipificação e cadastro de doadores no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea.

PRT/GM/MS nº 1.316, 30 de novembro de 2000 - DO de 4/12/00

Aprova Regulamento Técnico para transplante de medula óssea e de outros precursores hematopoéticos.

MPV nº 1.959-29, de 21 de dezembro de 2000 - DO de 22/12/00

Trata de assuntos referentes à realização de transplantes.

PRT/GM/MS nº 91, de 23 de janeiro de 2001 - DO de 24/1/01

Estabelece a organização regional, para fins de distribuição de órgãos pela Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. Republicada no DO de 25/1/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 92, de 23 de janeiro de 2001 - DO de 24/1/01

Estabelece os procedimentos destinados a remunerar as atividades de busca ativa de doador de órgãos e tecidos, mantendo na tabela do SIH/SUS os grupos de procedimentos descritos.

MPV nº 2.083-32, de 22 de fevereiro de 2001 - DO de 23/2/01

Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4/2/97, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes de corpo humano para fins de transplante e tratamento.

PRT/GM/MS nº 1.559, de 6 de setembro de 2001 - DO de 10/9/01

Cria o Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos.

PRT/GM/MS nº 541, de 14 de março de 2002 - DO de 15/3/02

Aprova os Critérios para Cadastramento de Candidatos a Receptores de Fígado - Doador Cadáver, no Cadastro de Receptores de Fígado - "lista única" - das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO.

PRT/SAS/MS nº 221, de 1 de abril de 2002 - DO de 2/4/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Transplantados Renais - Drogas Imunossupressoras.

PRT/GM/MS nº 1.686, de 20 de setembro de 2002 - DO de 24/9/02

Aprova, na forma do anexo I desta Portaria, as normas para autorização de funcionamento e cadastramento de bancos de tecidos musculoesqueléticos pelo Sistema Único de Saúde.

2.9. ALTA COMPLEXIDADE - QUEIMADOS

PRT/GM/MS nº 1.273, de 21 de novembro de 2000 - DO de 23/11/00

Cria mecanismo para a organização e implantação de redes estaduais de assistência a queimados.

PRT/GM/MS nº 1.274, de 21 de novembro de 2000 - DO de 23/11/00

Adota, para fins de enquadramento nos procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS incluídos na tabela por esta Portaria, classificação de grau de extensão e gravidade de queimaduras.

2.10. ALTA COMPLEXIDADE - OUTROS ASSUNTOS

PRT/SAS/MS nº 65, de 6 de maio de 1993 - DO de 10/5/93

Define as áreas que comporão as Redes Integradas de procedimentos de alta complexidade. Revoga as PRT/SAS/MS nº 196/91 e nº 348/92.

PRT/GM/MS nº 2.043, de 11 de outubro de 1996 - DO de 14/10/96

Determina a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

PRT/GM/MS nº 3.017, de 19 de junho de 1998 - DO de 22/6/98

Inclui na tabela do SIH/SUS grupos de procedimentos de Intercorrências Clínicas e Obstétricas em Gestantes de Alto Risco e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 3.409, de 5 de agosto de 1998 - DO de 6/8/98

Institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, define os Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade (anexo I) e institui a Ficha de Cadastro de Hospitais Participantes dos SIPACs (anexo II). Republicada no DO de 9/8/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 3.482, de 20 de agosto de 1998 - DO de 21/8/98

Inclui na tabela do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, os grupos de procedimentos relacionados, exclusivos para cobrança por hospitais habilitados nos Sistemas de Referência Hospitalar, no Atendimento Terciário à Gestante de Alto Risco. Revoga a PRT/GM/MS nº 3.017, de 19/6/98 - DO de 22/6/98.

PRT/GM/MS nº 3.982, de 1 de dezembro de 1998 - DO de 2/12/98

Redefine as diretrizes e os critérios para pagamento, a partir de 1/12/98, da Câmara Nacional da Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade - CNCPHAC e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 134, de 15 de abril de 1999 - DO de 16/4/99

Cria os códigos de procedimentos, discriminados nesta Portaria, exclusivamente para o Mutirão de Cirurgia de Catarata. Retificada no DO de 26/4/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 184, de 30 abril de 1999 - DO de 3/5/99

Estabelece a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial

de Média e Alta Complexidade e Hospitalar, criando, conforme definido no anexo, áreas específicas. Republicada no DO de 4/5/99, por ter saído com incorreções do original. Revogada pela PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 1, de 5/5/99, publicada no DO de 7/5/99.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 1, de 5 de maio de 1999 - DO de 7/5/99

Estabelece a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial, de Média e Alta Complexidade e Hospitalar, criando conforme definido no Anexo, áreas específicas. Revoga a PRT/GS/SAS nº 184, de 30/4/99 - DO de 3/5/99.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 3, de 21 de maio de 1999 - DO de 24/5/99

Determina que a produção, da competência de maio de 1999, relativa ao procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia, constantes da PRT/GM/MS nº 2.922, de 9/6/99, apresentada pelas Unidades Prestadoras de Serviços do SUS, habilitadas nos termos da PRT/GM/MS nº 2.920, de 6/6/98, seja financiada com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. Revoga a PRT/SAS/MS nº 215, de 12/5/99, publicada no DO de 13/5/99.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 4, de 24 de maio de 1999 - DO de 25/5/99

Estabelece a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Hospitalar, criado conforme definido no anexo, áreas específicas.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 10, de 23 junho 1999 - DO de 28/6/99

Determina que, a partir da competência de junho de 1999, a produção referente aos medicamentos relacionados seja financiada com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, nos limites estabelecidos no art. 2º da presente Portaria.

PRT/GM/MS nº 837, de 29 de junho de 1999 - DO de 30/6/99

Altera os valores de recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC, constante da PRT/GM/MS nº 531 de 30/4/99.

PRT/SAS/MS nº 295, de 15 de julho de 1999 - DO de 16/7/99

Altera a redação dos Procedimentos da tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, conforme especifica. Retificada no DO de 2/8/99.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 14, de 14 de julho de 1999 - DO de 23/7/99

Determina que, a partir da competência de junho de 1999, a produção referente aos medicamentos relacionados seja financiado com recursos dos Fundos de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC nos limites estabelecidos no art. 2º da presente Portaria.

PRT/SAS/MS nº 409, de 5 de agosto de 1999 - DO de 6/8/99

Implanta a Sistemática de Autorização de procedimentos de alta complexidade/custo - APAC, para o fornecimento de todos os medicamentos excepcionais constantes da tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 494, de 26 de agosto de 1999 - DO de 27/8/99

Define "acesso" aos serviços especializados de que tratam o art. 2º da PRT/GM/MS nº 2.920/98 e o item 2.3 do anexo da PRT/GM/MS nº 3.432/98, como a disponibilidade de realização, numa rede de serviços de referência, daqueles procedimentos de alta complexidade não disponíveis nos serviços cadastrados.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 35, de 15 de setembro de 1999 - DO de 30/9/99

Define que o financiamento dos procedimentos relacionados e os constantes da PRT/SAS/MS nº 503, de 3/9/99 - DO de 6/9/99, para atender a pacientes com lesões lábio-palatais, deformados crânio-faciais, implante coclear e deficiências auditivas, serão de responsabilidade do Ministério da Saúde executados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, estando fixado em R\$18.886.503,00 (dezoito milhões, oitocentos e oitenta e seis mil, quinhentos e três reais) anuais, alocados por Unidade Federada, conforme anexo desta Portaria. Retificada no DO de 22/10/99.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 42, de 30 de setembro de 1999 - DO de 5/10/99

Consolida na forma do anexo I, a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial, de Média e Alta Complexidade, e Hospitalar. Retificada no DO de 7/10/99, no art. 3º, onde se lê: "...da PRT/GM/MS nº 1.125, de 31 de agosto de 1999", leia-se: "...da PRT/GM/MS nº 1.125, de 31 de agosto de 1999, considerando, para informação dos gestores, a projeção anual de faturamento destas unidades, contida no anexo II desta Portaria".

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 47, de 3 de dezembro de 1999 - DO de 6/12/99

Determina que, a partir da competência de dezembro de 1999, as produções referentes aos procedimentos relacionados sejam financiadas com os recursos do FAEC. Republicada no DO de 29/12/99 por ter saído com incorreções no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 56, de 28 de dezembro de 1999 - DO de 29/12/99

Considerando a PRT/GM/MS nº 3.533, de 2/9/99, que estabeleceu critérios para o cadastramento de centros de atendimentos de alta complexidade em Oncologia.

PRT/GM/MS nº 1.479, de 28 de dezembro de 1999 - DO de 29/12/99

Instituir a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade - CNCPAAC, para tratamentos de pacientes que requeiram assistência de serviços de Alta Complexidade não ofertados, ou ofertados com grande restrição de demanda, em seus Estados de residência.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 1, de 6 de janeiro de 2000 - DO de 7/1/00

Considera a necessidade de recompor os tetos financeiros anuais dos Estados e do Distrito Federal, na área denominada Alta Complexidade Ambulatorial, em virtude da inclusão dos Medicamentos Excepcionais no Fundo de Ações Estratégicos e Compensação - FAEC.

PRT/SAS/MS nº 5, de 7 de janeiro de 2000 - DO de 10/1/00

Considera a avaliação da Coordenação de Normas para Procedimento de Alta Complexidade - COPAC/DAPS/SAS/MS.

PRT/SAS/MS nº 12, de 17 de janeiro de 2000 - DO de 18/1/00

Considera a avaliação da Coordenação de Normas para procedimentos de alta complexidade - COPAC/DAPS/SAS/MS.

PRT/SAS/MS nº 96, de 27 de março de 2000 - DO de 28/3/00

Aprova os procedimentos constantes dos anexos I e II desta Portaria, como integrantes dos Sistemas de Alta Complexidade e Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Republicada no DO de 2/6/00, por ter saído com incorreções no original.

PRT/SAS/MS nº 201, de 8 de junho de 2000 - DO de 9/6/00

Inclui na tabela de Órtese e Prótese e Materiais Especiais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, o código 93.327.22-6 - Conjunto para Valvoplastia.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 13, de 12 de julho de 2000 - DO de 13/7/00

Mantém, por tempo indeterminado, o financiamento da produção dos grupos de procedimentos, sob responsabilidade do Ministério da Saúde e executados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

PRT/SAS/MS nº 263, de 25 de julho de 2000 - DO de 27/7/00

Exclui o art. 2º da PRT/SAS/MS nº 201, de 8/6/00, publicada no DO de 9/6/00.

PRT/GM/MS nº 852, de 27 de julho de 2000 - DO de 7/8/00

Determina a continuidade da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas - Cirurgia de Próstata, iniciada no mês de maio de 1999, conforme o disposto na PRT/GM/MS nº 279, de 7/4/99. Republicada no DO de 7/8/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 422, de 9 de novembro de 2000 - DO de 10/11/00

Determina que os serviços atualmente cadastrados deverão, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, encaminhar à Coordenação Geral de Sistemas de Alta Complexidade/DSRA/SAS, a atualização de cadastro constante no anexo III da Portaria SAS nº 50, de 11/4/97.

PRT/SAS/MS nº 433, de 14 de novembro de 2000 - DO de 17/11/00

Inclui no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC/SIA. Republicada no DO de 28/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.273, de 21 de novembro de 2000 - DO de 23/11/00

Cria mecanismo para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados.

PRT/SAS/MS nº 460, de 6 de dezembro de 2000 - DO de 7/12/00

Inclui no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC/SIA. Republicada no DO de 28/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 132, de 31 de janeiro de 2001 - DO de 1/2/01

Define que, para os procedimentos estratégicos e de alta complexidade, custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, é de competência dos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, a contratação, o cadastramento, a autorização para realização de procedimentos, a autorização de pagamento, o acompanhamento, o controle, a avaliação e a auditoria das Unidades Prestadoras de Serviços do SUS.

PRT/SAS/MS nº 143, de 2 de maio de 2001 - DO de 3/5/01

Inclui no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC/SIA os procedimentos 11.073.03-9 - Qualificação de Ácido Nucléico - Carga Viral do HIV e 11.73.04-7 - Contagem de Linfócitos TCD4+/CD8+. Republicado no DO de 10/8/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002 - DO de 12/12/02

Atualiza, na forma dos anexos I, II, III e IV desta Portaria, os procedimentos de alta complexidade e estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares - SIA e SIH/SUS.

3 . ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM-NASCIDO

3.1. PARTO

PRT/GM/MS nº 1.113, de 15 de junho de 1994 - DO de 16/6/94

Inclui, na Tabela SIH/SUS, código referente à cirurgia obstétrica VI, parto normal, cesariana, cirurgia obstétrica VII e consulta médica pré-natal.

RES/CNS/MS nº 174, de 9 de novembro de 1995 - DO de 6/12/95

Estabelece que a Comissão Tripartite reveja a questão do pagamento diferenciado na tabela do SIH/SUS entre o pagamento do parto normal e parto cesárea.

LEI nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 - DO de 15/1/96

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Promulga algumas partes vetadas, DO de 20/8/97.

PRT/GM/MS nº 2.815, de 29 de maio de 1998 - DO de 2/6/98

Inclui, na tabela do SIH/SUS, o grupo de procedimentos e os procedimentos de Parto Normal sem Distocia realizado por enfermeiro obstetra e altera os valores dos grupos de procedimentos Cirurgia Obstétrica.

PRT/GM/MS nº 2.816, de 29 de maio de 1998 - DO de 2/6/98

Determina que, no programa de digitação de Autorização de Internação Hospitalar - SISAIH01 seja implantada crítica visando o pagamento de percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital.

PRT/GM/MS nº 2.817, de 29 de maio de 1998 - DO de 2/6/98

Inclui nos 1º e 2º dígitos do campo “Motivo Cobrança de AIH”, os itens Alta da Parturiente e Permanência do Recém-Nascido e dá outras providências. Republicada no DO de 15/6/98 por ter saído com incorreções no original.

PRT/GM/MS nº 2.883, de 4 de junho de 1998 - DO de 5/6/98

Institui o Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo com destaque no atendimento obstétrico e neonatal e constitui comissão para elaborar o regulamento e a seleção dos estabelecimentos de saúde concernentes ao prêmio.

PRT/GM/MS nº 3.016, de 19 de junho de 1998 - DO de 22/6/98

Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco.

PRT/GM/MS nº 3.017, de 19 de junho de 1998 - DO de 22/6/98

Inclui na Tabela do SIH/SUS grupos de procedimentos relacionados à gravidez de alto risco e estabelece critérios para inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar no Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco. Revogada pela PRT/GM/MS nº 3.482, de 20/8/98 - DO de 21/8/98.

PRT/GM/MS nº 3.018, de 19 de junho de 1998 - DO de 22/6/98

Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco. Revogada pela PRT/GM/MS nº 3.477, de 20/8/98 - DO de 21/8/98.

PRT/SAS/MS nº 94, de 16 de junho de 1998 - DO de 20/7/98

Determina a AIH sistemática de apresentação e rejeição das AIHs de parto.

PRT/GM/MS nº 3.477, de 20 de agosto de 1998 - DO de 21/8/98

Cria mecanismos para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco. Revoga a PRT/GM/MS nº 3.018, de 19/6/98, publicada no DO de 22/6/98.

PRT/GM/MS nº 3.482, de 20 de agosto de 1998 - DO de 21/8/98

Inclui, na tabela do SIH/SUS, os grupos de procedimentos relacionados exclusivos para cobrança por hospitais habilitados nos Sistemas de Referência Hospitalar, no atendimento terciário à Gestante de Alto Risco e dá outras providências. Republicada no DO de 25/8/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 139, de 26 de agosto de 1998 - DO de 27/8/98

Regulamenta a PRT/GM/MS nº 2.817, de 29/5/98 - DO de 2/6/98.

PRT/SAS/MS nº 163, de 22 de setembro de 1998 - DO de 24/9/98

Regulamenta a realização do procedimento Parto Normal sem Distocia realizado por enfermeiro obstetra e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 174, de 26 de abril de 1999 - DO de 27/4/99

Desvincula os honorários relativo ao atendimento ao recém-nato na sala de parto, pelo pediatra neonatologista, dos Serviços Hospitalares da AIH em hospitais "Amigo da Criança", grupo 35.1000.06-0 - Cirurgia Obstétrica VI e grupo 35.100.07-9 - Cirurgia Obstétrica VII.

PRT/GM/MS nº 865, de 3 de julho de 1999 - DO de 7/7/99

Redefine os limites de que trata o item 1 da PRT/GM/MS nº 2.816, de 29/5/98, publicada no DO de 2/7/98.

PRT/GM/MS nº 888, de 12 de julho de 1999 - DO de 13/7/99

Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidade-Modelo, no Sistema Único de Saúde.

PRT/GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999 - DO de 6/8/99

Cria o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal.

PRT/GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000 - DO de 8/6/00

Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e estabelece os princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Republicada no DO de 18/8/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 570, de 1 de junho de 2000 - DO de 8/6/00

Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-Natal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PRT/GM/MS nº 571, de 1 junho de 2000 - DO de 8/6/00

Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Incertos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PRT/GM/MS nº 572, de 1 de junho de 2000 - DO de 8/6/00

Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Nova Sistemática de pagamento à assistência ao Parto. Republicada no DO de 14/11/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 466, de 14 de junho de 2000 - DO de 15/6/00

Estabelece limites percentuais máximos de cesarianas, em relação ao número total de partos realizados por hospital. Considera a tendência de queda na realização de cesarianas verificada nos últimos 18 (dezoito) meses em todo o País e a necessidade de consolidar o declínio deste procedimento. Republicada no DO de 30/6/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000 - DO de 2/10/00

Estabelece, na forma do anexo I desta Portaria, os recursos financeiros, por Estado e Distrito

Federal, destinados a implementação do Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstetrícia e Neonatal. N. da DIFOF: republicada por ter saído com erro de montagem no DO de 29/9/00, seção 1, págs. 25 e 26. Republicada no DO de 2/10/00, por ter saído com incorreções.

PRT/GM/MS nº 426, de 4 de abril de 2001 - DO de 5/4/01

Define para o Distrito Federal e os Estados que não aderiram ao pacto na forma proposta na PRT/GM/MS nº 466, de 14/6/00, os limites totais de cesáreas para o ano de 2001.

PRT/GM/MS nº 2.080, de 13 de novembro de 2001 - DO de 14/11/01

Estabelece que as Unidades Federadas que desejarem aderir ao pacto para redução das taxas de cesarianas poderão apresentar suas propostas de adesão.

PRT/GM/MS nº 179, de 29 de janeiro de 2002 - DO de 30/1/02

Define o número de cesáreas para o primeiro semestre de 2002.

PRT/GM/MS nº 1.069, de 5 de junho de 2002 - DO de 10/6/2002

Define mecanismos que possibilitem a ampliação do acesso dos portadores triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN ao tratamento e acompanhamento das doenças diagnosticadas.

PRT/GM/MS nº 2.104, de 19 de novembro de 2002

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Projeto Nascer-Maternidades.

3.2. RECÉM NASCIDO

PRT/SAS/MS nº 31, de 15 de fevereiro de 1993 - DO de 17/2/93

Inclui no SIH/SUS os grupos de procedimentos que permitem cobrança do atendimento do recém-nascido.

PRT/SAS/MS nº 96, de 14 de junho de 1994 - DO de 15/6/94

Desvincula o pagamento do pediatra no atendimento do recém-nascido em sala de parto, da conta hospitalar. Republicada no DO de 1/7/94, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.113, de 15 de junho de 1994 - DO de 16/6/94

Inclui no SIH/SUS grupo de procedimentos relacionados a atendimento obstétrico, inclusive aqueles realizados em Hospitais Amigos da Criança. Estabelece diretrizes e normas.

PRT/SAS/MS nº 155, de 14 de setembro de 1994 - DO de 15/9/94

Define critérios para a promoção de aleitamento materno através da criação de Hospitais Amigos da Criança.

PRT/SAS/MS nº 174, de 26 de abril de 1999 - DO de 27/4/99

Desvincula os honorários relativos ao atendimento ao recém-nascido na sala de parto, pelo pediatra neonatologista, dos Serviços Hospitalares da Autorização de Internação Hospitalar/AIH em Hospitais Amigos da Criança, grupo 35.100.06-0 - Cirurgia Obstétrica VI e grupo 35.100.07-9 - Cirurgia Obstétrica VII.

PRT/GM/MS nº 693, de 5 de julho de 2000 - DO de 6/7/00

Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

PRT/GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001 - DO de 7/6/01

Institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN.

PRT/GM/MS nº 938, 20 de maio de 2002 - DO 21/05/02

Inclui, na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS, o código 99.085.01-1 - Incentivo ao Registro Civil de Nascimento.

4 . ATENÇÃO BÁSICA

4.1. ATENÇÃO BÁSICA - PACS/PSF

PRT/GM/MS nº 692, de 25 de março de 1994 - DO de 29/3/94

Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família - PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

PRT/GM/MS nº 1.660, de 6 de novembro de 1997 - DO de 14/11/97

Institui o Programa de Farmácia Básica.

PRT/GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97

Aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

RES/CNS/MS nº 259, de 4 de dezembro de 1997 - DO de 12/2/98

Estabelece critérios e pré-requisitos para aprovação de programa similar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde.

PRT/GM/MS nº 157, de 19 de fevereiro de 1998 - DO de 26/3/98

Estabelece os critérios de distribuição e requisitos para a qualificação dos Municípios aos incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família. Para receberem os recursos do incentivo ao PACS e ao PSF os Municípios deverão observar as Normas e Diretrizes dos Programas, constantes nos anexos da PRT/GM/MS nº 1.886 de 18/12/97. Foram cessados os efeitos do art. 1º pela PRT/GM/MS nº 3.476, de 20/8/98 - DO de 21/8/98.

PRT/GM/MS nº 2.100, de 27 de fevereiro de 1998 - DO de 4/3/98

Publica procedimentos e valores do PACS e PSF.

PRT/GM/MS nº 2.101, de 27 de fevereiro de 1998 - DO de 4/3/98

Publica metas físicas e financeiras para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família - PSF.

PRT/SAS/MS nº 67, de 16 de junho de 1998 - DO de 17/6/98

Prorroga a validade do período estabelecido no art. 2º da PRT/GM/MS nº 2.100, de 27/2/98 - DO de 4/3/98, até 30/5/98.

PRT/GM/MS nº 3.395, de 30 de julho de 1998 - DO de 5/8/98

Estabelece novas metas físicas e financeiras dos Estados, referentes ao incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família.

PRT/SAS/MS nº 82, de 7 de julho de 1998 - DO de 8/7/98

Estabelece dados do Sistema de Informações de Atenção Básica - SIAB.

PRT/GM/MS nº 3.476, de 20 de agosto de 1998 - DO de 21/8/98

Estabelece metas físicas e financeiras dos Estados referentes ao incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. Cessa os efeitos do art. 1º, da PRT/GM/MS nº 157, de 19/2/98 - DO de 2/3/98.

PRT/GM/MS nº 3.640, de 18 de setembro de 1998 - DO de 21/9/98

Estabelece novas metas físicas e financeiras para os Estados e o Distrito Federal, referentes aos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Republicada no DO de 23/9/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 3.901, de 30 de outubro de 1998 - DO de 10/11/98

Estabelece novas metas físicas e financeiras para os Estados e o Distrito Federal, referentes aos incentivos financeiros dos programas PSF e PACS a partir de 1/9/98 e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 61, de 3 de março de 1999 - DO de 4/3/99

Estabelece que os efeitos financeiros da qualificação de Municípios aos incentivos dos Programas Saúde da Família - PSF e Agentes Comunitários de Saúde - PACS passem a vigorar a partir da competência seguinte ao mês da entrada da Delegação de Incentivos no Ministério da Saúde e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 531, de 30 de abril de 1999 - DO de 3/5/99

Define recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde.

PRT/GM/MS nº 888, de 12 de julho de 1999 - DO de 13/7/99

Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo, no Sistema Único de Saúde.

DECRETO nº 3.189, de 4 de outubro de 1999 - DO de 5/10/99

Fixa diretrizes para o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde - ACS e dá outras providências.

PRT/MS/GM nº 1.329, de 12 de novembro de 1999 - DO de 16/11/99

Estabelece nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB. Retificada no DO de 1/3/00. Onde se lê: "Art. 6º. Os pagamentos decorrentes do disposto nesta Portaria serão autorizados em ato da Secretária Executiva e Secretária de Assistência à Saúde", leia-se: "Art. 6º. Os pagamentos decorrentes do disposto nesta Portaria serão autorizados em ato da Secretária Executiva e Secretaria de Políticas de Saúde".

PRT/GM/MS nº 1.348, de 18 de novembro de 1999 - DO de 19/11/99

Define critérios para a regulamentação do incentivo a Municípios que tenham projetos similares ao Programa de Saúde da Família.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 4, de 16 de fevereiro de 2000 - DO de 17/2/00

Define, para a competência de dezembro de 1999, na forma do anexo I desta Portaria e de acordo com o cálculo constante do art. 1º da PRT/GM/MS nº 1.329/99, as faixas de cobertura populacional nas quais se enquadram os Municípios.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 5, de 16 de fevereiro de 2000 - DO de 17/2/00

Define, para a competência de novembro de 1999, na forma do anexo I desta Portaria e de acordo com o cálculo constante do art. 1º da PRT/GM/MS nº 1.329/99, as faixas de cobertura populacional nas quais se enquadram os Municípios. Define que aos Municípios constantes do anexo II desta Portaria será aplicado o disposto no art. 4º da PRT/GM/MS nº 1.329/99.

PRT/GM/MS nº 124, de 16 de fevereiro de 2000 - DO de 18/2/00

Dispõe sobre a transferência das ações relativas ao Programa de Saúde da Família - PSF e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, para a Secretaria de Políticas de Saúde, e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.013, de 8 de setembro de 2000 - DO de 9/9/00

Estabelece que, a partir de 1/2/01, o cadastro de profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB gerará os dados físicos de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde para o cálculo dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família - PSF e de Agentes Comunitários de Saúde - PACS a serem transferidos para os Fundos Municipais e Estaduais de Saúde. Determina que os dados cadastrais dos profissionais integrantes dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde deverão ser atualizados mensalmente.

PRT/GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 - DO de 29/12/00

Cria o Incentivo de Saúde Bucal para financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família.

PRT/GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001 - DO de 7/3/01

Aprova as normas e diretrizes de inclusão bucal na estratégia do Programa de Saúde Família - PSF.

PRT/GM/MS nº 343, 21 de março de 2001 - DO 22/3/01

Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao PSF.

PRT/GM/MS nº 2.167, 21 de novembro de 2001 - DO 27/11/01

Define como critérios de suspensão imediata da transferência dos recursos financeiros ao PSF e à Atenção à Saúde Bucal, situações que discrimina.

PRT/GM/MS nº 786, de 19 de abril de 2002 - DO de 22/4/02

Altera o anexo da Portaria nº 343, de 21/3/01, que define o elenco de medicamentos que compõem o Incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa Saúde da Família.

PRT/GM/MS nº 868, de 7 de maio de 2002 - DO de 8/5/02

Fixa em R\$2.400,00 (dois mil e quatrocentos reais) o valor do incentivo para cada Agente Comunitário de Saúde por ano e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.350, de 24 de julho de 2002 - DO de 25/7/02

Institui o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências.

LEI nº 10.507, de 10 de julho de 2002 - DO de 11/7/02

Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.350, de 24 de julho de 2002 - DO de 26/07/02

Institui o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências.

4.2. ATENÇÃO BÁSICA - OUTRAS PORTARIAS

PRT/GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97

Estabelece o Piso de Atenção Básica - PAB e sua composição.

PRT/GM/MS nº 3.925, de 13 de dezembro de 1998 - DO de 17/11/98

Aprova Manual para Organização da Atenção Básica no SUS.

PRT/GM/MS nº 476, de 14 de abril de 1999 - DO de 22/4/99

Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica.

PRT/GM/MS nº 832, de 28 de junho de 1999 - DO de 29/6/99

Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica a Saúde.

PRT/GM/MS nº 12, de 7 de janeiro de 2000 - DO de 10/1/00

Define que no ano 2000 o processo de pactuação entre os Estados e os Municípios e entre o Ministério da Saúde e os Estados, para melhoria dos indicadores de Atenção Básica, obedecerá a mesma sistemática estabelecida na PRT/GM/MS nº 832, de 28/6/99. Republicada no DO de 12/1/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 9, de 13 de janeiro de 2000 - DO de 14/1/00

Determina que a contar da competência de fevereiro de 2000, o conjunto de procedimentos que compõem a Atenção Básica, da tabela do SIA/SUS, passe a vigorar como referência de código e nomenclatura de procedimentos, preservando sua estrutura e consistência, sem fixação de valor.

PRT/GM/MS nº 399, de 12 de abril de 2000 - DO de 14/4/00

Estabelece que os Estados deverão concluir o processo de pactuação dos indicadores da atenção básica para o ano de 2000 até 31 de maio do corrente ano.

PRT/SPS/MS nº 9, de 5 de julho de 2000 - DO de 10/7/00

Estabelece o processo de Adesão ao Programa municipal de atendimento à gestante. Republicada no DO de 1/9/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 779, de 14 de julho de 2000 - DO de 17/7/00

Publica a Relação de Indicadores do Pacto da Atenção Básica para o ano 2000 a serem pactuados pelos Municípios.

PRT/GM/MS nº 1.013, de 8 de setembro de 2000 - DO de 11/9/00

Estabelece que a partir de 1/2/01, o cadastro de profissionais do SIAB gerará dados físicos de equipes do PSF e ACS para o cálculo dos incentivos financeiros do PACS/PSF a serem transferidos para os fundos estaduais e municipais de saúde.

PRT/SE/MS nº 901, de 8 de janeiro de 2001 - DO de 19/1/01

Viabiliza celebração de convênios entre o Fundo Nacional de Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visando atender ações de saúde, tais como, incentivo financeiro a Municípios habilitados à parte variável do PAB para a saúde da família, as ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis, entre outras.

PRT/SE/MS nº 902, de 8 de janeiro de 2001 - DO de 19/1/01

Viabiliza celebração de convênios entre o Fundo Nacional de Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visando atender ações de saúde, tais como, incentivo financeiro a Municípios habilitados à parte variável do PAB para a saúde da família, as ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis, a assistência farmacêutica básica, atendimento ao disque-AIDS, entre outras.

PRT/GM/MS nº 723, de 10 de maio de 2001 - DO de 14/5/01

Aprova a Relação de Indicadores a serem Pactuados no ano de 2001 pelos Estados e Municípios. Republicada no DO de 4/6/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SPS/MS nº 2, de 4 de março de 2002 - DO de 6/3/02

Disponibiliza, no âmbito de atenção, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o Sishiperdia (Sistema de informações de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus), para utilização pelos Municípios. Republicada no DO de 20/3/02, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.121, de 17 de junho de 2002 - DO de 18/6/2002

Estabelece mecanismos, fluxos e prazos para a avaliação de desempenho em relação às metas municipais e estaduais definidas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001 e aprova a relação dos indicadores a serem pactuados no ano de 2002, por Estados e Municípios.

5. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Neste item estão incluídas diversas áreas da Assistência Farmacêutica, assim como: Financiamento, Incentivos, Medicamentos de Saúde Mental, Medicamentos de Atenção Básica, Medicamentos Excepcionais, Protocolos Clínicos e outros.

DECRETO nº 793, de 5 de abril de 1993 - DO de 6/4/93

Altera os Decretos nº 74.170, de 10/6/74 e nº 79.094, de 5/1/77, que regulamentam, respectivamente, as Leis nº 5.991, de 17/12/73, e nº 6.360, de 23/9/76, e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 32, de 28 de fevereiro de 1994 - DO de 8/3/94

Determina a emissão de GAP para pagamento de medicamentos excepcionais.

PRT/SAS/MS nº 76, de 11 de maio de 1994 - DO de 12/5/94

Aprova as instruções, fluxo de GAP e relação de medicamentos excepcionais constantes de seus anexos de I a IV. Alterada pela PRT/SAS/MS nº 102, de 6/9/95 - DO de 8/9/95.

PRT/SAS/MS nº 102, de 6 de setembro de 1995 - DO de 8/9/95

Altera as instruções de preenchimento e de fluxos das GAP e cronograma estabelecido. Revoga a PRT/SAS/MS nº 76, de 11/5/94 - DO de 12/5/94.

PRT/SAS/MS nº 91, de 23 de maio de 1996 - DO de 24/5/96

Disciplina aquisição de medicamentos importados para pacientes do SUS.

PRT/GM/MS nº 1.179, de 17 de junho de 1996 - DO de 18/6/96

Aprova as Denominações Comuns Brasileiras - DCB, na conformidade desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 204, de 6 de novembro de 1996 - DO de 8/11/96

Altera as denominações dos itens de Programação Físico-Orçamentária. Exclui códigos de medicamentos incluídos provisoriamente no item de Programação 18 - Órtese/Prótese. Cria novos códigos para medicamentos excepcionais na tabela do SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 97, de 30 de julho de 1997 - DO de 31/7/97

Prioriza a concessão de prótese e demais instrumentos de auxílio às pessoas portadoras de deficiência provocada pela talidomida.

PRT/SVS/MS nº 354, de 15 de agosto de 1997 - DO de 18/8/97

Regulamenta o registro, a produção, a fabricação, a comercialização, a exposição à venda, a prescrição e a dispensação dos produtos à base de talidomida.

PRT/GM/MS nº 1.660, de 6 de novembro de 1997 - DO de 14/11/97

Institui o Programa de Farmácia Básica.

PRT/GM/MS nº 2.814, de 29 de maio de 1998 - DO de 1/6/98

Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. Ver anexos. Atualizada pela Resolução RDC nº 98, de 20/11/00. Estabelece procedimentos a serem observados pelas empresas produtoras importadoras, distribuidoras e do comércio farmacêutico, objetivando a comprovação da identidade e qualidade do medicamento. Alterado o art. 5º pela PRT/GM/MS nº 3.716, de 8/10/98 - DO de 9/10/98. Republicada no DO de 18/11/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 103, de 23 de julho de 1998 - DO de 24/7/98

Permite uso dermatológico de ciclosporina.

PRT/SVS/MS nº 722, de 10 de setembro de 1998 - DO de 16/9/98

Atualiza a lista de substâncias sujeitas a controle especial, segundo o art. 102, do Regulamento Técnico aprovado pela PRT/SVS/MS nº 344, de 12/5/98 - DO de 19/5/98.

PRT/GM/MS nº 3.716, de 8 de outubro de 1998 - DO de 9/10/98

Altera o art. 5º da PRT/GM/MS nº 2.814, de 29/5/98 - DO de 1/6/98 que trata de compras e licitações públicas de medicamentos, realizados pelos serviços próprios, conveniados e contratados pelo SUS.

PRT/SVS/MS nº 802, de 8 de outubro de 1998 - DO de 9/10/98

Institui o Sistema de Controle e Fiscalização em toda a cadeia dos produtos farmacêuticos. Republicada no DO de 31/12/98, por ter saído com incorreção do original. Republicada no DO de 4/2/99, por ter saído com incorreção no DO 31/12/98, seção I, páginas 23 a 25. Republicada no DO de 7/4/99, por ter saído com incorreção do original, no DO de 4/2/99.

PRT/SAS/MS nº 184, de 16 de outubro de 1998 - DO de 19/10/98

Estabelece que os medicamentos antineoplásicos somente poderão ser cobrados por meio de BPA, quando aplicados em outras patologias, exceto a Eritropoietina, que também poderá ser cobrada por meio de APAC-TRS, conforme descrito em quadro anexo.

PRT/SE/MS nº 318, de 19 de outubro de 1998 - DO de 22/10/98

Aprova o Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de kits de medicamentos do Programa Farmácia Básica.

PRT/GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998

Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria

PRT/SVS/MS nº 6, de 29 de janeiro de 1999 - DO de 1/2/99

Aprova a Instrução Normativa anexa da PRT/SVS/MS nº 344, de 12/5/98 - DO de 19/5/99, que institui o Regulamento Técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

LEI nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 - DO de 11/2/99

Altera a Lei nº 6.360, de 23/9/76, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 254, de 31 de março de 1999 - DO de 1/4/99

Determina que os Gestores do SUS, estaduais e do Distrito Federal, elaborem programação anual de medicamentos excepcionais e dá outras providências.

PRT/SPS/MS nº 176, de 8 de março de 1999 - DO de 11/3/99

Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos Municípios e Estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.

PRT/SAS/MS nº 138, de 20 de abril de 1999 - DO de 23/4/99

Mantém o formulário de Solicitação de Medicamentos Excepcionais - SME, para solicitação e dispensação de medicamentos excepcionais. Revogada pela PRT/SAS/MS nº 409, de 5/8/99 - DO de 6/8/99.

PRT/GM/MS nº 507, de 23 de abril de 1999 - DO de 4/5/99

Publica a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e dá outras providências. Republicada no DO de 19/5/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 653, de 20 de maio de 1999 - DO de 24/5/99

Altera dispositivo da PRT/GM/MS nº 176 - DO de 11/3/99, que estabelece critérios e requisitos para qualificação dos Municípios e Estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.

RES/ANVS/MS nº 147, de 28 de maio de 1999 - DO de 31/5/99

Publica a atualização das listas de substâncias sujeitas controle especial (anexo I) em acordo com o art. 101 do Regulamento Técnico aprovado pela PRT/SVS/MS nº 344, de 12/5/98. Republicado DO de 1/2/99.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 14, de 14 de julho de 1999 - DO de 23/7/99

Determina que a partir da competência de junho de 1999, a produção referente aos medicamentos relacionados seja financiada com recursos dos Fundos de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC nos limites estabelecidos no art. 2º da presente Portaria.

MPV nº 1.849-8, de 29 de julho de 1999 - DO de 30/7/99

Dispõe sobre a aquisição de produtos para a implantação de ações de saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

PRT/SAS/MS nº 409, de 5 de agosto de 1999 - DO de 6/8/99

Implanta a sistemática de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo - APAC, para o fornecimento de todos os medicamentos excepcionais constantes da tabela de procedimentos do SIA/SUS. Revoga a PRT/SAS/MS nº 138, de 20/4/99 - DO de 23/4/99. Republicada no DO de 13/9/99, por ter saído com incorreção do original.

RES/ANVS/MS nº 391, de 9 de agosto de 1999 - DO de 10/8/99

Aprova o Regulamento Técnico para Medicamentos Genéricos. Republicada no DO de 19/11/99, por ter saído com incorreção no original. Revogada pela Resolução RDC nº 10 de 2/1/01.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 27, de 20 de agosto de 1999 - DO de 23/8/99

Define que os medicamentos excepcionais da tabela de procedimentos do SIA/SUS relacionados, quando fornecidos a pacientes transplantados, sejam financiados com participação do Ministério da Saúde. Republicada no DO de 17/9/99, por ter saído com incorreção no original.

MPV nº 1.849-9, de 27 de agosto de 1999 - DO de 28/8/99

Dispõe sobre a aquisição de produtos para a implementação de ação de saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

PRT/GM/MS nº 1.181, de 17 de setembro de 1999 - DO de 21/9/99

Altera dispositivos da PRT/GM/MS nº 653 - DO de 24/5/99, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e cidades ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos.

RESOLUÇÃO nº 480, de 23 de setembro de 1999 - DO de 24/9/99

Publica a atualização das listas de substâncias sujeitas a controle especial (anexo I) em acordo com o art. 101 do Regulamento Técnico aprovado pela PRT/SVS/MS nº 344, de 12/5/98. Republicado no DO de 1/2/99.

DECRETO nº 3.181, de 23 de setembro de 1999 - DO de 24/9/99

Regulamenta a Lei nº 9.787, de 10/2/99, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o Medicamento Genérico, e dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos.

PRT/SE/MS nº 915, de 3 de dezembro de 1999 - DO de 6/12/99

Aprova Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de medicamentos para o Programa de Pneumologia Sanitária.

PRT/SE/MS nº 916, de 3 de dezembro de 1999 - DO de 6/12/99

Aprova Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de medicamentos para o Programa de AIDS.

PRT/SE/MS nº 917, de 3 de dezembro de 1999 - DO de 6/12/99

Aprova Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de medicamentos para o Programa de Dermatologia Sanitária.

PRT/SE/MS nº 918, de 3 de dezembro de 1999 - DO de 6/12/99

Aprova Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de medicamentos para o Programa de Endemias Focais.

RES-RDC/ANVS/MS nº 23, de 6 de dezembro de 1999 - DO de 7/12/99

Isenta de registro, sem prejuízo das demais ações de fiscalização e controle pelos órgãos competentes de Vigilância Sanitária, as substâncias e produtos enquadrados nos grupos que relaciona.

MVP nº 1.941-13, de 9 de dezembro de 1999 - DO de 10/12/99

Dispõe sobre a aquisição de produtos para a implementação de ações de saúde na âmbito do Ministério da Saúde. Revoga-se a Medida Provisória nº 1.849-12, de 25/11/99.

PRT/GM/MS nº 1.481, de 28 de dezembro de 1999 - DO de 29/12/99

Considera a necessidade de garantir o acesso dos pacientes usuários do SUS a medicamentos considerados excepcionais, constantes da tabela do Sistema de Informações Ambulatorial - SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 22, de 26 de janeiro de 2000 - DO de 27/1/00

Estabelece a extensão da dispensação dos medicamentos da tabela do SIA/SUS aos serviços de Farmácia de Hospitais Universitários, com anuência do Gestor Estadual/Municipal.

PRT/SE/MS nº 82, de 22 de fevereiro de 2000 - DO de 23/2/00

Aprova Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de medicamentos para o Programa de Endemias Focais.

PRT/SE/MS nº 83, de 22 de fevereiro de 2000 - DO de 23/2/00

Aprova Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de medicamentos para o Programa de Pneumologia Sanitária.

PRT/SE/MS nº 84, de 22 de fevereiro de 2000 - DO de 23/2/00

Aprova Plano de Trabalho de apoio às ações de saúde objetivando produção e distribuição de medicamentos para o Programa de DST/AIDS.

RES-RDC/ANVS/MS nº 17, de 24 de fevereiro de 2000 - DO de 25/2/00

Aprova o Regulamento Técnico, em anexo, visando normatizar o regime de medicamentos fitoterápicos junto ao sistema de Vigilância Sanitária. Revoga a PRT/SVS/MS nº 6, de 31/1/95, e outras disposições em contrário. Republicada no DO de 24/4/00, por ter saído com incorreções no original.

RES-RDC/ANVS/MS nº 33, de 19 de abril de 2000 - DO de 24/4/00

Aprova o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamento em Farmácias.

RES-RE ANVS nº 62, de 3 de julho de 2000 - DO de 4/7/00

Publica a atualização das listas de substâncias sujeitas a controle especial (anexo I) em acordo com o art. 101 do Regulamento Técnico aprovado pela PRT/SVS/MS nº 344 de 12/5/98, republicada no DO de 1/2/99.

PRT/GM/MS nº 694, de 5 de julho de 2000 - DO de 6/7/00

Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas de Fabricação e Controle de Medicamentos”, objeto da Recomendação nº 10/00 do Subgrupo de Trabalho (SGT) nº 11 “Saúde”/MERCOSUL, reunido em Buenos Aires, de 5 a 8 de junho de 2000, que consta como anexo. Retificada no DO de 14/7/00 por ter saído com incorreções no original.

PRT/GM/MS nº 695, de 5 de julho de 2000 - DO de 6/7/00

Publica a proposta de Projeto de Resolução “Complementação da Resolução GMC nº 25/96

Registro de Produtos Domissanitários”, objeto da Recomendação nº 11/00 de Subgrupo de Trabalho (SGT) nº 11 “Saúde”/MERCOSUL, reunido em Buenos Aires, de 5 a 8 de junho de 2000, que consta como anexo. Retificada no DO de 14/7/00, por ter saído com incorreções no original.

PRT/GM/MS nº 696, de 5 de julho de 2000 - DO de 6/7/00

Publica a proposta de Projeto de Resolução “Regulamento Técnico MERCOSUL sobre o controle das importações e exportações de medicamentos que contenham entorpecentes e substâncias psicotrópicas para pacientes”, objeto da Recomendação nº 12/00 do Subgrupo de Trabalho (SGT) nº 11 “Saúde”/MERCOSUL, reunido em Buenos Aires, de 5 a 8 de junho de 2000, que consta como anexo. Retificada no DO de 14/7/00, por ter saído com incorreções no original.

PRT/GM/MS nº 697, de 5 de julho de 2000 - DO de 6/7/00

Publica a proposta de Resolução “Regulamento Técnico MERCOSUL sobre o controle da entrada e saída de medicamentos que contenham entorpecentes e substâncias psicotrópicas para pacientes em trânsito”, objeto da Recomendação nº 13/00 do subgrupo de Trabalho (SGT) nº 11 “Saúde”/MERCOSUL, reunido em Buenos Aires, de 5 a 8 de junho de 2000, que consta como anexo. Retificada no DO de 14/7/00, por ter saído com incorreções no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 14, de 14 de julho de 2000 - DO de 17/7/00

Fixa os valores anuais destinados ao co-financiamento de medicamentos excepcionais, relativos ao terceiro trimestre de 2000. Retificada no DO de 20/7/00, por ter saído como incorreções no original.

PRT/GM/MS nº 818, de 26 de julho de 2000 - DO de 27/7/00

Transforma em § 1º o Parágrafo Único do art. 3º da PRT/GM/MS nº 1.481, de 28/12/99, e acrescenta, ao mesmo artigo, o § 2º. Republicada no DO de 1/8/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 288, de 16 de agosto de 2000 - DO de 17/8/00

Inclui o Termo de Consentimento Informado, referente ao medicamento Globulina Anti-linfocitária ou Anti-Timocitária, no anexo IV da PRT/GM/SAS nº 286, de 14/8/00, publicada no DO de 15/8/00, Seção 1, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Transplantados Renais - Drogas Imunomoduladoras.

PRT/GM/MS nº 956, de 25 de agosto de 2000 - DO 28/8/00

Regulamenta a PRT/GM/MS nº 176/99, que estabelece critérios e requisitos para qualificação dos Municípios e Estados ao incentivo à assistência farmacêutica básica e define valores a serem transferidos.

PRT/SPS/MS nº 16, de 15 de dezembro de 2000 - DO 18/12/00

Estabelece o elenco mínimo e obrigatório de medicamentos para a pactuação da atenção básica, referente ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, de que tratam as PRT/GM/MS nº 176/99 e nº 956/00.

RES-RDC ANVS nº 10, de 2 de janeiro de 2001 - DO de 9/1/01

Aprova o regulamento técnico para medicamentos genéricos.

PRT Interministerial GM/MS nº 1, de 8 de janeiro de 2001 - DO de 9/1/01

Atribui à Secretaria Executiva da Câmara de Medicamentos a competência para a divulgação dos Atos da Câmara de Medicamentos.

PRT/GM/MS nº 343, de 21 de março de 2001 - DO de 22/3/01

Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao PSF.

PRT/GM/MS nº 696, de 7 de maio de 2001 - DO de 8/5/01

Institui o Centro Nacional de Movimentação de Medicamentos (CNMM) sediado na Unidade de Farmacovigilância da ANVISA.

PRT/GM/MS nº 971, de 3 de julho de 2001 - DO de 4/7/01

Altera as redações dos artigos 8º, alínea II, 9º, 10 e 12 da Portaria nº 1.077, de 24/8/99, que trata da implantação do Programa para Aquisição dos Medicamentos Excepcionais para a área de saúde mental.

PRT/SE/MS nº 33, de 9 de dezembro de 2001 - DO 10/12/01

Aprova o Regimento Interno da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

PRT Conjunta SPS/SAS/MS nº 25, de 30 de janeiro de 2002 - DO de 5/2/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Republicada no DO de 12/3/02, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 786, de 19 de abril de 2002 - DO de 22/4/02

Altera o anexo da Portaria nº 343, de 21/3/01, que define o elenco de medicamentos que compõe o Incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa Saúde da Família.

PRT/GM/MS nº 1.318, de 23 de julho de 2002 - DO de 24/7/02

Define, para o Grupo 36 - Medicamentos, da tabela descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, a forma e a redação estabelecidas.

Determina que sejam utilizados, para dispensação dos Medicamentos Excepcionais os critérios de diagnóstico, indicação e tratamento, inclusão e exclusão, esquemas terapêuticos, monitorização/acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos e Diretrizes Terapêuticas, estabelecidos pela Secretaria de Assistência à Saúde - SAS para os Medicamentos Excepcionais, que têm caráter nacional.

PRT/SAS/MS nº 449, de 8 de julho de 2002 - DO de 8/7/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Gaucher - Imiglucerase.

PRT/SAS/MS nº 469, de 24 de julho de 2002 - DO de 25/7/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Profilaxia da Reinfecção pelo Vírus da Hepatite B Pós-Transplante Hepático.

PRT/SAS/MS nº 470, de 24 de julho de 2002 - DO de 25/7/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Osteoporose.

PRT/SAS/MS nº 471, de 24 de julho de 2002 - DO de 25/7/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Acromegalia.

CONSULTA PÚBLICA GM/MS nº 01, de 23 de agosto de 2002 - DO de 25/08/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e seus respectivos Termos de Consentimento Informado.

PRT/GM/MS nº 1.587, de 3 de setembro de 2002 - DO de 4/9/02

Aprova a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME.

PRT/GM/MS nº 1.655, de 13 de setembro de 2002

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Tumor do Estroma Gastrointestinal, bem como o modelo de Termo de Consentimento Informado dele integrante. Inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, no Grupo 29.000.00-9, Subgrupo 02 - Quimioterapia Paliativa - Adulto II.

PRT/GM/MS nº 1.744, de 2 de outubro de 2002 - DO de 3/10/02

Altera, para o quarto trimestre de 2002, os recursos estabelecidos na PRT/GM/MS nº 1.146, de 20/6/02, para medicamentos excepcionais, cujos montantes passam a ser os definidos conforme anexo desta Portaria.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 10, de 5 de novembro de 2002

Sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Parkinson.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 11, de 5 de novembro de 2002

Sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e seus respectivos Termos de Consentimento Informado.

PRT/SAS/MS nº 843, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Demência por Doença de Alzheimer rivastigmina, galantamina e donepezil, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 844, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Wilson - Penicilamina, Trientina, Acetato de Zinco, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 845, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica - Carbonato de Cálcio, Acetato de Cálcio, Hidróxido de Alumínio, Cloridrato de Sevelamer, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 846, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia Refratária - Risperidona, Clozapina, Quetiapina, Ziprasidona e Olanzapina, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 847, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Fenilcetonúria - Fórmula de Aminoácidos Isenta de Fenilalanina, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 848, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hipotireoidismo Congênito - Levotiroxina Sódica, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 849, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hiperplasia Adrenal Congênita - Dexametasona, Prednisona, Fludrocortisona, Espironolactona, Acetato de Ciproterona, Flutamida, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 858, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Crohn.

PRT/SAS/MS nº 859, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica.

PRT/SAS/MS nº 860, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite Viral Crônica B.

PRT/SAS/MS nº 861, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Retocolite Ulcerativa.

PRT/SAS/MS nº 862, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Tratamento da Neutropenia com Estimuladores de Colônias das Células Progenitoras da Medula Óssea.

PRT/SAS/MS nº 863, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite Viral Crônica C.

PRT/SAS/MS nº 864, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Epilepsia Refratária.

PRT/SAS/MS nº 865, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Artrite Reumatóide.

PRT/SAS/MS nº 872, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Doença Falciforme.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 12, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Asma Grave.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 13, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Tratamento da Hiperlipidemia em Pacientes de Alto Risco de Desenvolver Eventos Cardiovasculares.

PRT/SAS/MS nº 913, de 25 de novembro de 2002 - DO de 26/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Esclerose Lateral Amiotófica.

PRT/GM/MS nº 2.222, de 5 de dezembro de 2002 - DO de 6/12/02

Concede, excepcionalmente, na competência de novembro de 2002, recursos adicionais aos destinados ao co-financiamento dos Medicamentos Excepcionais, dos Estados e do Distrito Federal, definidos na PRT/GM/MS nº 1.744, de 2/10/02, cujos montantes estão definidos no anexo desta Portaria.

PRT/GM/MS nº 2.389, 20 de dezembro de 2002 - DO de 21/12/02

Aprova o Plano de Trabalho destinando recursos financeiros do orçamento do Ministério da Saúde com a finalidade de montagem e distribuição de kits para atendimento ao Programa Farmácia Penitenciária.

PRT/SAS/MS nº 1.012, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Asma Grave, Beclometasona, Budesonida, Formoterol, Fenoterol, Furoato de Mometasona, Salbutamol, Salmeterol, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.013, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Espasticidade Focal Disfuncional Toxina Tipo A de Clostridium Botulinum, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.014, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Distonias - Toxina tipo A de Clostridium Botulinum, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.015, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dislipidemias em pacientes com alto risco de desenvolver eventos cardiovasculares - Lovastatina, Sinvastatina, Pravastatina, Fluvastatina, Atorvastatina, Clofibrato, Bezafibrato, Etofibrato, Fenofibrato, Ciprofibrato, Genfibrosila e Ácido Nicotínico, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.016, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Parkinson - Levodopa/Carbidopa, Levodopa/Benserazida, Bromocriptina, Pergolida, Pramipexol, Cabergolina, Amantadina, Biperideno, Triexifenidil, Selegilina, Entacapone, Tolcapone, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.017, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Estabelece que as Farmácias Hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos Hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde deverão funcionar, obrigatoriamente, sob a Responsabilidade Técnica de Profissional Farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia.

PRT/SAS/MS nº 1.018, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Transplantes Renais - Medicamentos Imunossupressores: Ciclosporina, Azatioprina, Tacrolimus, Micofenolato Mofetil, Micofenolato

Sódico, Sirolimus, Anticorpo Monoclonal Murino Anti CD3 (OKT3), Basiliximab, Daclizumab, Globulina Antilinfocitária, Globulina Antitimocitária, Metilprednisolona, Prednisona, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 2.423, de 30 de dezembro de 2002 - DO de 1/1/03

Altera, para o primeiro trimestre de 2003, os recursos estabelecidos na PRT/GM/MS nº 1.744, para medicamentos excepcionais, de 2/10/02, cujos montantes passam a ser os definidos conforme anexo desta Portaria.

6 . ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

6.1. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

PRT/SAS/MS nº 12, de 2 de fevereiro de 1994 - DO de 4/2/94

Inclui na cota de AIH mensal, para proverem os hospitais integrantes do SIA/SUS, as AIH-1, AIH-7 e AIH-5 (Longa Permanência/Crônico).

PRT/SAS/MS nº 74, de 4 de maio de 1994 - DO de 6/5/94

Trata da obrigatoriedade de informar ao usuário do SUS que sua internação foi paga com recursos públicos.

PRT/SAS/MS nº 272, de 1 de março de 1995 - DO de 6/3/95

Estabelece limite máximo mensal de AIH para cada Estado.

PRT/SAS/MS nº 46, de 12 de junho de 1995 - DO de 13/6/95

Determina que seja efetuado o cadastramento dos órgãos emissores de AIH.

PRT/SAS/MS nº 52, de 22 de junho de 1995 - DO de 23/6/95

Implementa o Programa de Gestão Financeira de AIH.

PRT/SAS/MS nº 74, de 24 de julho de 1995 - DO de 25/7/95

A revisão dos tetos financeiros dos Estados, prevista no art. 6º da PRT/SAS/MS nº 15/95, dar-se-á observadas as disponibilidades orçamentário-financeiras do Fundo Nacional de Saúde/MS.

PRT/SAS/MS nº 92, de 22 de agosto de 1995 - DO de 24/8/95

Torna obrigatória a emissão de relatório “AIH (Dados do Prontuário para Cobrança)” emitido pelo SIS/SIH-01, versão 8.2 ou posteriores.

PRT/SAS/MS nº 107, de 18 de setembro de 1995 - DO de 19/9/95

Determina a utilização do PGFAIH para o bloqueio de AIH's que apresentem algum desvio relativo ao valor médio e dá outras providências. Revogada pela PRT/SAS/MS nº 54, de 21/3/96 - DO de 21/3/96.

PRT/SAS/MS nº 45, de 6 de março de 1996 - DO de 7/3/96

Estabelece tempo de permanência hospitalar para procedimentos do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 54, de 20 de março de 1996 - DO de 21/3/96

Determina que a utilização do PGFAIH seja destinada exclusivamente para o bloqueio de AIH's que apresentem algum desvio relativo a valor médio e dá outras providências. Revoga a PRT/SAS/MS nº 107, de 18/9/95 - DO de 19/9/95.

PRT/SAS/MS nº 155, de 30 de agosto de 1996 - DO de 2/9/96

Inclui itens no 1º e 2º dígitos do campo "Motivo de Cobrança" de AIH.

PRT/SAS/MS nº 84, de 24 de junho de 1997 - DO de 25/6/97

Permite a emissão de AIH para pacientes sem documentação de identidade.

PRT/SAS/MS nº 113, de 4 de setembro de 1997 - DO de 5/9/97

Classifica os internamentos dos pacientes nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde - SUS em duas categorias: internamento eletivo e internamento de urgência/emergência.

PRT/SAS/MS nº 142, de 13 de novembro de 1997 - DO de 17/11/97

Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH em casos com quadro compatível com causas externas.

PRT/GM/MS nº 1.888, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97

Estabelece a descentralização do processamento das Autorizações de Internação Hospitalar - AIH.

PRT/GM/MS nº 1.892, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97

Incorpora internação domiciliar no SIH/SUS.

PRT/GM/MS nº 2.092, de 26 de fevereiro de 1998 - DO de 3/3/98

Altera dispositivo da PRT/GM/MS nº 1.888, de 18/12/97, que estabelece a descentralização do processamento dos AIH's.

PRT/GM/MS nº 2.416, de 23 de março de 1998 - DO de 26/3/98

Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.

PRT/GM/MS nº 2.816, de 29 de maio de 1998 - DO de 2/6/98

Determina que no programa de digitação de Autorização de Internação Hospitalar, SISAIH01, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital na conformidade especificada. Redefinidos pela

PRT/GM/MS nº 865, de 3/7/99 - DO de 7/7/99, os limites de que trata o item 1 desta Portaria.

PRT/GM/MS nº 2.817 de 29 de maio de 1998 - DO de 2/6/98

Inclui “alta da parturiente” no campo motivo cobrança de AIH, dispõe sob cobrança de diárias de UTI neonatal e dá outras providências. Republicada no DO de 15/6/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 69, de 22 de junho de 1998 - DO de 23/6/98

Altera a Sistemática de Apresentação de AIH e dá outras providências (competência de junho de 1998).

PRT/GM/MS nº 3.147, de 3 de julho de 1998 - DO de 6/7/98

Determina aos Municípios habilitados nos termos da NOB 01/93 e 01/96 que efetuem o pagamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares às unidades prestadoras de serviços até o 5º dia útil, após a disponibilização dos arquivos do processamento das AIH pelo DATASUS e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 139, de 26 de agosto de 1998 - DO de 27/8/98

Regulamenta a PRT/GM/MS nº 2.817, de 29/5/98 - DO de 2/6/98.

PRT/SAS/MS nº 159, de 17 de setembro de 1998 - DO de 18/9/98

Altera a sistemática de apresentação de AIH.

PRT/SAS/MS nº 198, de 30 de outubro de 1998 - DO de 4/11/98

Determina a inclusão de crítica no processamento de AIH relativa ao CEP - Código de Endereçamento Postal do paciente e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 226, de 2 de dezembro de 1998 - DO de 3/12/98

Altera a sistemática de apresentação de AIH em meio magnético e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 254, de 23 de dezembro de 1998 - DO de 24/12/98

Altera a sistemática de apresentação de AIH em meio magnético e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 96, de 23 de março de 1999 - DO de 24/3/99

Altera os pontos das anestésias nos grupos de procedimentos, relacionados nesta Portaria, constantes da tabela do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 541, de 10 de setembro de 1999 - DO de 13/9/99

Implementa crítica no Programa SISAIH01, relativa ao CEP do paciente.

sPRT/SAS/MS nº 567, de 8 de outubro de 1999 - DO de 11/10/99

Cria o campo "identificador" na AIH para preenchimento obrigatório, com o código correspondente, conforme descrito.

PRT/SAS/MS nº 637, de 16 de dezembro de 1999 - DO de 17/11/99

Estabelece que a sistemática de pagamentos dos serviços profissionais passa a ser efetuada pelo rateio de pontos dos atos médicos por Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

PRT/SAS/MS nº 25, de 27 de janeiro de 2000 - DO de 28/1/00

Determina que o preenchimento dos campos data da internação e data da alta da AIH, corresponda exatamente à realidade do atendimento prestado.

PRT/SAS/MS nº 51, de 11 de fevereiro de 2000 - DO de 14/2/00

Estabelece que, a partir de fevereiro de 2000, como forma alternativa, as séries numéricas de AIH dos Estados e Distrito Federal poderão ser distribuídos, também, por meio eletrônico.

RES/ANS/MS nº 2, de 30 de março de 2000 - DO de 4/4/00

Define a apuração do ressarcimento que se iniciará com base no processamento das AIH's apresentadas pelas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS aos gestores respectivos, a partir do mês de competência de setembro de 1999. Republicada no DO de 5/4/00.

PRT/SAS/MS nº 117, de 10 de abril de 2000 - DO de 11/4/00

Considera a necessidade de constante avaliação das intimações realizadas no âmbito do SUS. As AIH's cujas datas de alta excedam o período de três meses da competência do processamento serão automaticamente rejeitadas. Republicada no DO de 4/5/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/ANS/MS nº 3, de 25 de abril de 2000 - DO de 27/4/00

Define o processamento do ressarcimento que se iniciará com a emissão dos avisos as operadoras.

PRT/SAS/MS nº 273, de 1 de agosto de 2000 - DO de 2/8/00

Fixa o valor adicional, destinado ao pagamento do Incentivo para Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena IAPI, para Estabelecimento de Saúde.

PRT/SAS/MS nº 386, de 13 de outubro de 2000 - DO de 16/10/00

Altera a sistemática de cobrança dos procedimentos 98.300.01-6 - Nutrição Enteral em Pediatria e 98.500.01-5 - Nutrição Enteral em Adultos.

PRT/SAS/MS nº 5, de 12 de janeiro de 2001 - DO de 15/1/01

Altera a sistemática de apresentação de AIH em meio magnético, para os hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, que utilizam sistema próprio de coleta de dados AIH ou fornecidos por terceiros.

PRT/SAS/MS nº 304, de 10 de agosto de 2001 - DO de 14/8/01

Estabelece a inclusão do módulo de segurança no programa SISAIH/01.

PRT/SAS/MS nº 543, de 28 de novembro de 2001 - DO de 3/12/01

Altera a sistemática de apresentação de AIH.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 88, de 29 de novembro de 2001 - DO de 23/12/01

Cria o código 99.082.01-2 - procedimento de notificação de causa externas e de agravos relacionados ao trabalho. Republicada no DO de 20/12/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 579, de 20 de dezembro de 2001 - DO de 26/12/01

Aprova a tabela de compatibilidade entre o procedimento realizado e o diagnóstico principal informado. Define a faixa numérica de AIH.

PRT/SAS/MS nº 04, de 10 de janeiro de 2002 - DO de 11/1/02

Define a faixa numérica de AIH para o ano de 2002.

PRT/SAS/MS nº 448, de 08 de julho de 2002 - DO de 10/7/02

Revoga a PRT/SAS/MS nº 74, de 4/5/94, que estabelece a obrigatoriedade da emissão de demonstrativo de alta hospitalar pelos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde.

PRT/SAS/MS nº 638, de 13 de setembro de 2002 - DO de 14/9/02

Define a faixa numérica de AIH para o ano de 2003.

PRT/SAS/MS nº 766, de 18 de outubro de 2002 - DO de 19/10/02

Faculta no âmbito do Sistema de Informações Assistenciais do SUS, a cessão de crédito, prevista nos art. nº 1.065 e seguintes do Código Civil, quando os responsáveis pelos Estabelecimentos de Saúde vinculados ao SUS lançarem o CPF ou CNPJ de terceiros em campo próprio da AIH ou APAC.

PRT/SAS/MS nº 873, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Criar o seguinte código de "Tipo" para lançamento de perfusionista, pessoa física, no campo serviços profissionais da AIH.

6.2. ACOMODAÇÃO E ACOMPANHANTE

RES/INAMPS nº 104, de 2 de dezembro de 1985

Regulamenta acompanhamento dos internados, por parte de seus familiares.

LEI nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - DO de 16/7/90 - ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Assegura condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

PRT/SAS/MS nº 113, de 4 de setembro de 1997 - DO de 5/9/97

Classifica os internamentos dos pacientes nas unidades assistenciais do Sistema Único de Saúde - SUS em duas categorias: internamento eletivo e internamento de urgência/emergência.

PRT/GM/MS nº 280, de 7 de abril de 1999 - DO de 8/4/99

Torna obrigatório a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos, quando internados em hospitais públicos, contratados em UTI ou outras em que haja contra-indicação e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 830, de 24 de junho de 1999 - DO de 25/6/99

Regulamenta a cobrança de diária de acompanhamento para maiores de 60 (sessenta) anos, por meio de Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

6.3. ALOJAMENTO CONJUNTO

PRT/GM/MS nº 1.016, de 26 de agosto de 1993 - DO de 1/9/93

Estabelece Normas Básicas de Alojamento Conjunto.

6.4. ANESTESIA

PRT/SNAS/MS nº 167, de 12 de setembro de 1991 - DO de 13/9/91

Autoriza o ato anestésico para médico não anestesista, em local onde não haja anestesista credenciado pelo SUS.

RES/CFM nº 1.363, de 12 de março de 1993 - DO de 22/3/93

Normatiza o trabalho do anestesista.

RES/CNS/MS nº 140, de 20 de outubro de 1994 - DO de 31/10/94

Resolve censurar a cobrança direta a pacientes atendidos em hospitais vinculados ao SUS, a título de remuneração do ato anestésico.

PRT/SAS/MS nº 98, de 26 de março de 1999 - DO de 29/3/99

Determina o recadastramento, no prazo de 90 (noventa) dias, dos profissionais cadastrados como anestesistas (código de especialidade 06), bem como o cadastro de novos profissionais, no SIH/SUS. Revoga a PRT/INAMPS nº 167/91, de 12/9/91.

6.5. CIRURGIA

TABELA DE PROCEDIMENTOS SAS/MS, de 18 de outubro de 1983

Define conceito de Cirurgia Múltipla.

INAMPS/SIH/SUS - MANUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1990

Orienta preenchimento de AIH - Cirurgia Múltipla.

MEMO-CIRCULAR MS/DATASUS nº 17, de 9 de junho de 1993

Inclui críticas de rejeição no Sistema DATASUS, referentes à Cirurgia Múltipla.

PRT/GM/MS nº 852, de 27 de julho de 2000 - DO de 31/7/00

Determina a continuidade da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas Cirurgias de Próstata. Republicada no DO de 7/8/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 32, de 8 de janeiro de 2001 - DO de 10/1/01

Prorroga, para o período de janeiro a dezembro de 2001, o prazo de continuidade da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas - Cirurgias de Varizes.

PRT/GM/MS nº 33, de 8 de janeiro de 2001 - DO de 10/1/01

Prorroga, para o período de janeiro a dezembro de 2001, o prazo para realização da Campanha Nacional de Redução da Cegueira decorrente de Retinopatia Diabética.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 1, de 12/1/01 - DO de 15/1/01

Prorroga, para o período de janeiro a dezembro de 2001, os prazos de portarias relativas as Campanhas Nacionais de Cirurgias.

LEI nº 10.223, de 15 de maio de 2001 - DO de 16/5/01

Altera a Lei nº 9.656/98, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora

de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

6.6. HOSPITAL-DIA

PRT/SAS/MS nº 93, de 31 de maio de 1994 - DO de 3/6/94

Dispõe sobre hospital-dia para tratamento de AIDS.

PRT/SAS/MS nº 119, de 12 de julho de 1996 - DO de 15/7/96

Altera a forma de cobrança do quantitativo de diárias dos Grupos de Procedimentos no Hospital-Dia AIDS e Hospital-Dia Psiquiatria.

PRT/GM/MS nº 2.415, de 23 de março de 1998 - DO de 26/3/98

Estabelece requisitos para credenciamento de unidades hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia.

PRT/GM/MS nº 44, de 10 de janeiro de 2001 - DO de 12/1/01

Define como regime de hospital-dia a Assistência Intermediária entre a Internação e o Atendimento Ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram o paciente na unidade por um período máximo de 12 horas.

6.7. INFECÇÃO HOSPITALAR

PRT/GM/MS nº 930, de 27 de agosto de 1992 - DO de 4/9/92

Estabelece Normas de Controle referentes à Infecção Hospitalar. Revogada pela PRT/GM/MS nº 2.616, de 12/5/98 - DO de 13/5/98.

LEI nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997 - DO de 7/1/97

Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar pelos Hospitais do País.

PRT/GM/MS nº 1.241, de 13 de outubro de 1999 - DO de 15/10/99

Transfere as atividades de infecções hospitalares até então desenvolvidas, no âmbito do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas da Secretaria de Políticas de Saúde, pela área correspondente, para serem executadas pela gerência de Controle de Risco à Saúde, da Diretoria de Serviços e Correlatos, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Revogam-se as disposições em contrário.

6.8. LIXO HOSPITALAR

RES/MA/CNMA nº 5, de 5 de agosto de 1993 - DO de 31/8/93

Define normas para os sistemas de tratamento do lixo.

6.9. NUTRIÇÃO PARENTERAL

OS/INAMPS/DAS nº 172, de 20 de setembro de 1989 - DO de 21/9/89

Dispõe sobre a realização dos procedimentos de suporte nutricional (Nutrição Parenteral e Enteral).

RES/CFF nº 247, de 8 de março de 1993 - DO de 22/4/93

Ratifica competência legal para o exercício da atividade de Nutrição Parenteral e Enteral pelo Farmacêutico.

Retificada pela RES/CFF nº 292, de 21/6/96 - DO de 21/6/96.

PRT/SNVS/MS nº 272, de 8 de abril de 1998 - DO de 23/4/98

Aprova o Regimento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral e Enteral. Republicada no DO de 15/4/99, por ter saído com incorreção no original.

RES/ANVS/MS nº 449, de 4 de setembro de 1999 - DO de 13/9/99

Aprova o regulamento referente a Alimentos para Nutrição Enteral, constante do anexo desta Resolução.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 38, de 29 de setembro de 1999 - DO de 30/9/99

Inclui, na tabela de procedimentos especiais do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, os procedimentos 98.300.01-6 e 98.500.01-5. Republicada no DO de 13/10/99, por ter saído com incorreções no original.

PRT/SAS/MS nº 623, de 5 de novembro de 1999 - DO de 8/11/99

Determina que os Hospitais interessados em realizar o procedimento de Nutrição Enteral deverão solicitar o seu cadastramento do gestor, acompanhado de documentação que comprove a Habilitação pela ANVS.

PRT/SAS/MS nº 90, de 22 de março de 2000 - DO de 23/3/00

Inclui na Ficha de Cadastro de Terceiros - FCT pessoa jurídica, a especialidade 51 Serviço de Nutrição Enteral, a ser lançado no campo de serviços profissionais da AIH.

ANVS - RES-RDC nº 63, de 5 de julho de 2000 - DO 7/7/00

Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para terapia de nutrição enteral.

6.10. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI**PRT/GM/MS nº 2.817, de 29 de maio de 1998 - DO de 2/6/98**

Resolve que, para os hospitais autorizados pelos gestores para utilização dos códigos de UTI constantes da PRT/GM/MS nº 2.919/98 - DO de 15/6/98, a cobrança deverá ser lançada na AIH do recém-nascido. Republicada no DO de 15/6/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SNVS/MS nº 466, de 4 de junho de 1998 - DO de 5/6/98

Propõe Portaria que estabeleça o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo.

PRT/GM/MS nº 2.918, de 9 de junho de 1998 - DO de 15/6/98

Estabelece critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento ou Terapia Intensiva. Revogada pela PRT/GM/MS nº 3.432 de 12/8/98 - DO de 13/8/98.

PRT/GM/MS nº 2.919, de 9 de junho de 1998 - DO de 15/6/98

Estabelece rotina de Credenciamento das Unidades que realizam Tratamento Intensivo e inclui na tabela do SIH/SUS códigos para cobrança de Diárias de UTI especializada.

PRT/GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 - DO de 13/8/98

Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento ou Terapia Intensiva - UTI.

PRT/SAS/MS nº 252, de 22 de dezembro de 1998 - DO de 23/12/98

Permite a cobrança de diárias de UTI, no SIH/SUS no procedimento Grande Queimado - código 38.007.14.2, a partir da competência de janeiro de 1999.

PRT/GM/MS nº 1.091, de 25 de agosto de 1999 - DO de 26/8/99

Estabelece, na forma do anexo I, as normas e critérios de inclusão da unidade e Cuidados Intermediários Neonatal no SUS, e dá outras providências.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 30, de 2 de agosto de 1999 - DO de 3/9/99

Inclui na Tabela do SIH/SUS, os códigos de procedimentos abaixo discriminados, a serem

lançados no “campo de serviços profissionais” da Autorização de Internação Hospitalar - AIH, para cobrança de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Retificada no DO de 6/9/99 - onde de lê: “PRT Conj. nº 30, de 2/8/99”, leia-se: “PRT Conj. nº 30, de 2/9/99”.

6.11. CRÔNICOS E FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA

PRT/SAS/MS nº 22, de 10 fevereiro de 1994 - DO de 11/2/94

Estabelece normas referentes às internações FPT, alterando a PRT/SAS/MS nº 205/91.

PRT/SAS/MS nº 164, de 30 de dezembro de 1997 - DO de 6/1/98

Estabelece cobrança das internações de hanseníase e tuberculose através de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, pelos hospitais integrantes do SUS.

PRT/GM/MS nº 2.413, de 23 de março de 1998 - DO de 26/3/98

Inclui na tabela do SIH/SUS o grupo de procedimentos os quais só poderão ser realizados por hospitais previamente autorizados.

6.12. FATOR DE INCENTIVO AO DESENVOLVIMENTO DO ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE - FIDEPS

PRT/SNAS/MS nº 15, de 8 de janeiro de 1991 - DO de 10/1/91

Define a ascensão automática mental do IVH dos Hospitais integrantes do SUS, cria o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS) e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 32, de 16 de fevereiro de 1993 - DO de 17/2/93

Altera condições e valores do FIDEPS. Revogada pela PRT Conj. nº 1, de 16/8/94 - DO de 17/8/94.

PRT/SAS/MS nº 165, de 8 de dezembro de 1993 - DO de 9/12/93

Estabelece fluxo de concessão do FIDEPS.

PRT/SAS/MS nº 95, de 9 de junho de 1994 - DO de 13/6/94

Determina que o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS, utilizado para os hospitais universitários - PRT/SAS/MS nº 32/93 - cabe à totalidade dos hospitais de ensino que se adequarem aos critérios estabelecidos.

PRT/SAS/MS e MEC/SES nº 01, de 16 de agosto de 1994 - DO de 17/8/94

Altera os itens que classificam os Hospitais de Ensino, integrantes do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, para a concessão do FIDEPS. Revoga a PRT/SAS/MS nº 32, de 16/2/93 - DO de 17/2/93.

PRT/GM/MS nº 2.892, de 9 de junho de 1998 - DO de 15/6/98

Dispõe sobre a gestão dos Hospitais Universitários do SUS.

PRT/GM/MS nº 3.459, de 14 de agosto de 1998 - DO de 17/8/98

Os Hospitais Universitários e de Ensino - HUES que recebem FIDEPS podem integrar os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, recebendo o adicional de 50% e o FIDEPS simultaneamente, mas não cumulativamente.

PRT/SAS/MS nº 21, de 27 de janeiro de 1999 - DO de 29/1/99

Determina que não incida sobre os valores dos grupos de procedimentos que relaciona, o percentual de Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde - FIDEPS e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.127, de 31 de agosto de 1999 - DO de 1/9/99

Determina à Secretaria de Assistência à Saúde que em conjunto com Gestores do SUS, que tenham sobre sua Gestão Hospitais habilitados ao recebimento do FIDEPS, proceda à verificação "in loco" das atuais condições de funcionamento dos mesmos, especialmente no que diz respeito ao fiel cumprimento da PRT Conj. nº 01, de acordo com sua classificação.

PRT/SAS/MS nº 722, de 3 de dezembro de 1999 - DO de 6/12/99

Cria as naturezas 35 para Hospitais Federais integrantes do Sistema Integrado de Administração Financeira - SIAFI; 95 para Hospitais Universitários vinculados ao Ministério da Educação e 96 para Hospitais Federais com FIDEPS.

PRT/GM/MS nº 1.480, de 28 de dezembro de 1999 - DO de 29/12/99

Considera a necessidade de implementar já na competência de janeiro de 2000, conforme previsto na Portaria supracitada, a nova forma de pagamento do FIDEPS. Republicada no DO de 10/1/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 779, de 29 de dezembro de 1999 - DO de 30/12/99

Considera a PRT/GM/MS nº 1.480 de 28/12/99, que estabelece parecer para cumprimento das exigências contidas na PRT/GM/MS nº 1.127/99, para início do pagamento do FIDEPS, de acordo com a nova modalidade de repasse, já na competência de janeiro de 2000.

PRT/SAS/MS nº 24, de 27 de janeiro de 2000 - DO de 28/1/00

Considera a PRT/SAS/MS nº 779, de 29/12/99, que aprova minuta de contrato de metas a ser assinado pelos gestores do SUS e os hospitais habilitados ao recebimento do FIDEPS.

PRT/SAS/MS nº 415, de 26 de outubro de 2000 - DO de 27/10/00

Suspende o pagamento do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino de Pesquisa em Saúde - FIDEPS, do hospital abaixo, a partir da competência de setembro de 2000.

PRT/SAS/MS nº 438, de 16 de novembro de 2000 - DO de 17/11/00

Estabelece que, a partir da competência de janeiro de 2001, será permitido aos hospitais públicos federais, estaduais e municipais, incluindo os Universitários e Universitários com Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde - FIDEPS, o lançamento dos seguintes códigos de "tipo" no campo serviços profissionais.

PRT/SAS/MS nº 54, de 22 de fevereiro de 2001 - DO de 23/2/01

Concede o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa - FIDEPS a hospitais.

PRT/GM/MS nº 765, de 16 de maio de 2001 - DO de 21/5/01

Estabelece que os percentuais do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa - FIDEPS deixam de incidir sobre os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC.

DECRETO nº 3.936, de 24 de setembro de 2001 - DO 25/9/01

Dispõe sobre a contrapartida do Distrito Federal e dos Estados na celebração de convênios destinado à execução do Curso de Complementação do Ensino Fundamental, na modalidade de educação de jovens e adultos trabalhadores do Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE.

PRT/GM/MS nº 2.102, de 18 de novembro de 2002 - DO de 19/11/02

Concede adicional de incentivo aos Hospitais Federais vinculados ao Ministério da Educação e ao Grupo Hospitalar Conceição.

PRT/GM/MS nº 2.223, de 5 de dezembro de 2002 - DO de 6/12/02

Concede adicional de incentivo aos Hospitais Federais vinculados ao Ministério da Educação, conforme relação dos Hospitais constantes no anexo desta portaria.

6.13. TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

OS/INAMPS nº 167, de 29 de julho de 1988 - DO de 24/11/88

Estabelece procedimentos sobre concessão do auxílio para tratamento fora do domicílio, no país, na vigência do SUDS.

PRT/GM/MS nº 828, de 30 de julho de 1992 - DO de 31/7/92

Veda concessão de auxílio financeiro por parte do INAMPS, para realização de tratamento médico no exterior. Revogada pela PRT/GM/MS nº 1.236, de 14/10/93 - DO de 15/10/93.

PRT/GM/MS nº 1.236, de 14 de outubro de 1993 - DO de 15/10/93

Admite tratamento médico no exterior. Revogada pela Portaria nº 763, de 7/4/94 - DO de 8/4/94.

PRT/SAS/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 - DO de 25/2/99

Estabelece que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS para tratamento fora do Município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada Município/Estado.

6.14. OUTROS ASSUNTOS

PRT/GM/MS nº 582, de 20 de junho de 2000 - DO de 23/6/00

Institui centros colaboradores para qualidade da gestão e assistência hospitalar, no âmbito do SUS.

PRT/GM/MS nº 540, de 12 de abril de 2001 - DO de 19/4/01

Institui, no âmbito do SUS, o Prêmio de Qualidade Hospitalar.

PRT/GM/MS nº 604, de 24 de abril de 2001 - DO de 10/5/01

Cria o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS.

PRT Conjunta SAS/SPS/MS nº 29, de 24 de junho de 2001 - DO de 25/6/01

Estabelece normas para credenciamento e descredenciamento de hospitais Amigo da Criança.

PRT/GM/MS nº 1.413, de 30 de agosto de 2001 - DO de 31/8/01

Institui Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS.

PRT/GM/MS nº 1.970, de 25 de outubro de 2001 - DO de 26/10/01

Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

PRT/GM/MS nº 821, de 2 de maio de 2002 - DO de 3/5/02

Altera as normas do Programa Nacional referente aos Hospitais Filantrópicos - INTEGRASUS.

DECRETO nº 4.481, de 22 de novembro de 2002

Dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 2.224, de 5 de dezembro de 2002 - DO de 6/12/02

Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

PRT/GM/MS nº 2.225, de 5 de dezembro de 2002 - DO de 6/12/02

Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser consideradas necessárias em cada instituição, em decorrência de regulamentos específicos ou exigências legais, e critérios de qualificação profissional exigíveis para o exercício de funções nestas direções, de acordo com o porte do hospital segundo sua classificação atribuída conforme os critérios do Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, como segue anexo.

PRT/SAS/MS nº 938, de 6 de dezembro de 2002 - DO de 7/12/02

Consolida a denominação de Unidade Mista de Internação - UMI para a designação daquelas instituições que realizam internação de pacientes e que disponham de um número de leitos instalados superior a 5 (cinco) e inferior a 20 (vinte).

7 . CONTRATOS E CONVÊNIOS

DECRETO nº 20, de 1 de fevereiro de 1991 - DO de 4/2/91

Estabelece critérios e condições para transferência de recursos financeiros do Tesouro Nacional mediante a celebração de convênios, por parte de Órgãos Federais, da Administração Pública Federal direta ou indireta, inclusive Fundações.

IN/DTN/MEFP nº 10, de 2 de outubro de 1991 - DO de 4/10/91 - CONVÊNIOS, ACORDOS E AJUSTES

Aprova o Manual de Despesa da União com finalidade de orientar os gestores na execução orçamentária e financeira da União, padronizar e uniformizar os procedimentos.

DECRETO nº 752, de 16 de fevereiro de 1993 - DO de 17/2/93

Dispõe sobre a Concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, a que se refere o art. 55, inciso II, da Lei nº 8.212 de 24/7/91, e dá outras providências.

MENSAGEM CONED/STN nº 948.492, de 12 de março de 1993

Presta esclarecimentos sobre inadimplência para efeito de transferência de recursos da União.

IN/STN nº 3, de 19 de abril de 1993

Disciplina a celebração de convênios, acordos, ajustes ou instrumentos similares, que envolvam a transferência de recursos financeiros destinados à execução descentralizada de programas federais de atendimento direto ao público, nas áreas de assistência social, médica e educacional.

MENSAGEM CONED/STN nº 994.607, de 22 de abril de 1993

Presta esclarecimentos sobre prorrogação de contrato.

LEI nº 8.666, de 21 de junho de 1993

Regulamenta o art. 37, Inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências.

MENSAGEM CONED/STN nº 80.406, de 1 de julho de 1993

Presta esclarecimentos sobre Prestação de Contas Especial.

MENSAGEM CONED/STN nº 82.365, de 2 de julho de 1993

Presta esclarecimentos sobre o art. 16 da Instrução Normativa nº 02/93.

MENSAGEM CONED/STN nº 139.684, de 16 de agosto de 1993

Presta esclarecimentos sobre aplicação no mercado financeiro.

MENSAGEM CONED/STN nº 140.050, de 16 de agosto de 1993

Presta esclarecimentos sobre inclusão de recursos de convênios no orçamento.

MENSAGEM CONED/STN nº 150.248, de 23 de agosto de 1993

Presta esclarecimentos sobre vigência dos contratos administrativos, sobre critérios e índice de reajuste.

IN/STN nº 6, de 13 de outubro de 1993 - DO de 14/10/93

Altera dispositivos da IN nº 2, de 19/4/93, que disciplina a celebração de convênios de natureza financeira.

PRT/GM/MS nº 1.286, de 26 de outubro de 1993 - DO de 3/11/93

Estabelece cláusulas do contrato de prestação de serviços entre órgãos governamentais e pessoas naturais e jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicos, participantes complementarmente do SUS.

MENSAGEM CONED/STN nº 251.793, de 8 de novembro de 1993

Presta esclarecimentos sobre a vigência dos convênios e contratos.

MENSAGEM CONED/STN nº 263.379, de 16 de novembro de 1993

Presta esclarecimentos sobre despesa com pessoal mediante convênio.

MENSAGEM CONED/STN nº 267.816, de 19 de novembro de 1993

Presta esclarecimentos sobre aplicação no mercado financeiro.

DECRETO nº 1.054, de 7 de fevereiro de 1994 - DO de 8/2/94

Regulamenta o reajuste de preços nos contratos da Administração Federal direta e indireta e dá outras providências.

DECRETO nº 1.110, de 13 de abril de 1994 - DO de 14/4/94

Dispõe sobre a conversão para a Unidade Real de Valor dos contratos para a aquisição de bens e serviços, em que forem contratantes órgãos e entidades da Administração Federal direta e indireta e dá outras providências.

RES/MS/CIT nº 3, de 14 de abril de 1994 - DO de 22/4/94

Faz recomendações às Comissões Intergestores Bipartite sobre compra de serviços.

RES/MS/CIT nº 5, de 26 de abril de 1994 - DO de 2/5/94

Faz recomendações às Comissões Intergestores Bipartite sobre alterações no conteúdo da minuta padrão de convênio.

LEI nº 8.880, de 27 de maio de 1994 - DO de 28/5/94

Dispõe sobre o Programa de Estabilização Econômica e o Sistema Monetário Nacional, institui a Unidade Real de Valor - URV e dá outras providências. Retificada por ter sido omitido o anexo e republicada no DO de 28/5/94, Seção I, págs. 7861/7865.

LEI nº 8.883, de 8 de junho de 1994 - DO de 9/6/94

Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21/6/93, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e dá outras providências.

LEI nº 8.909, de 6 de julho de 1994 - DO de 7/7/94

Dispõe, em caráter emergencial, sobre a prestação de serviços por entidades de assistência social, entidades beneficentes de assistência social e entidades de fins filantrópicos e estabelece prazos e procedimentos para o cadastramento de entidades junto ao Conselho Nacional de Assistência Social e dá outras providências.

IN/SAF nº 8, de 26 de agosto de 1994 - DO de 29/8/94

Disciplina o reajuste de preços dos contratos de prestação de serviços de limpeza, conservação e de vigilância, executados de forma contínua em edifícios públicos e celebrados por órgãos, entidades integrantes do Sistema de Serviços Gerais - SIG.

PRT/GM/MS nº 1.827, de 31 de outubro de 1994 - DO de 1/11/94

Dispõe sobre transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal.

PROTOCOLO ADICIONAL, ENTRE O MINISTÉRIO DO EXÉRCITO E O DA SAÚDE - DO de 26/1/95

Protocolo sobre a Prestação de Ações e Serviços de Saúde das Organizações de Saúde do Exército ao SUS.

DECRETO nº 1.411, de 7 de março de 1995 - DO de 8/3/95

Dispõe sobre a reavaliação dos contratos em vigor e das licitações em curso, no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública Federal, e dá outras providências.

PARECER INTERNO DA CONSULTORIA JURÍDICA/MS nº 21/95, de 17 de março de 1995

Entende inexigível a licitação, na contratação dos serviços de saúde, quando houver inviabilidade de competição.

PARECER INTERNO DA CONSULTORIA JURÍDICA/MS nº 23, de 20 de março de 1995

Entende inexigível o procedimento licitatório.

DECRETO nº 1.535, de 27 de junho de 1995 - DO de 28/6/95

Prorroga por trinta dias o prazo fixado no § 1º do art. 2º do Decreto nº 1.411(1), de 7/3/95, que dispõe sobre a reavaliação dos contratos em vigor e das licitações em curso, no âmbito da Administração Pública Federal.

PRT/GM/MS nº 1.412, de 28 de julho de 1995 - DO de 31/7/95

Institui o CCEAS - Custo de Construção de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

IN/STN nº 4, de 31 de outubro de 1995 - DO de 9/11/95

Dispõe sobre a atualização dos valores históricos referentes a débitos oriundos de irregularidades ou inadimplência na execução de convênios, acordos ou ajustes.

PRT/GM/MS nº 2.531, de 14 de dezembro de 1995 - DO de 15/12/95

Dispõe sobre as proposições de celebração de convênios, acordos, ajustes ou instrumentos congêneres, à conta de recursos do Fundo Nacional de Saúde. Revoga as PRT/GM/MS nº 845, de 21/6/90; nº 12, de 8/1/91; nº 13, de 8/1/91; nº 2.373, de 30/12/91; nº 124, de 7/2/92; nº 1.332, de 9/11/93; nº 642, de 18/3/94 e o item 1.6 da PRT/GM/MS nº 1.884, de 11/11/94, republicada no DO de 6/2/96.

ORIENTAÇÃO NORMATIVA SFC/ nº 3, de 19 de dezembro de 1995

Expede orientação sobre os procedimentos dos órgãos seccionais e regionais do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo, relativamente ao registro de inadimplência, de convenientes que não tenham executado o objeto do convênio na sua totalidade, e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 20, de 5 de janeiro de 1996 - DO de 9/1/96

Vincula as Coordenações-Gerais de Execução Orçamentária e Financeira e a de Convênios e Contratos do Fundo Nacional de Saúde à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva e dá outras providências.

DECRETO nº 1.819, de 16 de fevereiro de 1996 - DO de 21/2/96

Disciplina as transferências de recursos da União por intermédio de Instituições e Agências Financeiras Oficiais e dá outras providências.

MENSAGEM SFC nº 754.215, de 22 de abril de 1996

Presta esclarecimentos sobre vigência de contratos contínuos.

MENSAGEM SFC nº 754.243, de 22 de abril de 1996

Presta esclarecimentos sobre mês base para reajuste de contratos.

PRT/GM/MS nº 8, de 9 de agosto de 1996 - DO de 15/8/96

Subdelega competência aos Chefes dos Escritórios de Representação do MS e respectivos substitutos, a aprovar as contas dos convênios do ex-INAMPS.

IN/STN nº 01, de 15 de janeiro de 1997 - DO de 31/1/97

Disciplina a celebração de convênios de natureza financeira que tenham por objeto a execução de projetos ou realização de eventos e dá outras providências.

LEI nº 9.452, de 20 de março de 1997 - DO de 21/3/97

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

PRT/GM/MS nº 426, de 11 de abril de 1997 - DO de 14/4/97

Aprova o Manual de Procedimentos e Orientações para Celebração de Convênios para o exercício de 1997 e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 21, de 2 de maio de 1997 - DO de 5/6/97

Resolve autorizar o parcelamento dos débitos oriundos de contribuições sociais da parte patronal e de obrigações acessórias devidas ao INSS por hospitais ou demais entidades integrantes do SUS.

MPV nº 1.571-4, de 25 de julho de 1997 - DO de 28/7/97

Dispõe sobre amortização e parcelamento de dívidas oriundas de contribuições sociais e outras importâncias devidas ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, e pelas entidades e hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, ou por este contratados ou conveniados, e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 3.255, de 24 de julho de 1998 - DO de 29/7/98

Estabelece critérios de tramitação de processos de cooperação financeira entre o Ministério

da Saúde e órgãos ou entidades federais, estaduais e municipais, por intermédio de convênios, acordos, ajustes ou instrumentos congêneres e dá outras providências.

LEI nº 9.648, de 27 de maio de 1998 - DO de 28/5/98

Altera dispositivos das Leis nº 3.890-A, de 25/4/61, nº 8.666, de 21/6/93, nº 8.987, de 13/2/95, nº 9.074, de 7/7/95, e nº 9.427, de 26/12/96 e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 270, de 6 de abril de 1999 - DO de 12/4/99

Aprova Normas de Financiamento de Programas e Projetos mediante Celebração de Convênios, com o Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências (anexos I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII).

PRT/GM/MS nº 617, de 19 de agosto de 1999 - DO de 25/8/99

Promove, na forma de anexo a esta Portaria, em consonância ao estabelecido no art. 6º, § 7º, Inciso II da Lei nº 9.692, de 27/7/98 (LDO), alteração da modalidade de aplicação de dotações orçamentárias aprovadas na Lei nº 9.789, de 23/2/99, e em seus créditos adicionais.

LEI nº 9.854, de 27 de outubro de 1999 - DO de 28/10/99

Altera dispositivos da Lei nº 8.666, de 21/6/93 e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 422, de 13 de abril de 2000 - DO de 14/4/00

Aprova as modificações introduzidas nas Normas Financiamento de Programas e Projetos mediante a Celebração Convênios, com o Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde, aprovadas pela Portaria nº 270, de 6/4/99. Republicada no DO de 27/4/00.

LEI COMPLEMENTAR nº 101, de 4 de maio de 2000

Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

PRT/FNS/MS nº 323, de 13 de junho de 2000 - DO de 20/6/00

Institui no âmbito da FUNASA, o uso do Sistema GESCON - Gestão Financeira e de Convênios, gerido pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS do Ministério da Saúde, que doravante passa ser de uso obrigatório em todas as suas unidades. Em situações excepcionais, o Presidente da FUNASA poderá autorizar a celebração de convênios com a utilização de procedimentos distintos dos previstos desta Portaria. Republicada no DO de 19/6/00, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 20/6/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 728, de 7 julho de 2000 - DO de 12/7/00

Institui, neste Ministério, Comissão Técnica com o objetivo de orientar a execução de Contrato de Prestação de Serviços firmado pelo Programa Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS, com vistas à realização de estudos sobre a determinação dos custos e avaliação do impacto da parte fixa do Piso de Assistência Básica - PAB, a determinação dos custos e avaliação do Programa Saúde da Família - PSF e a determinação dos custos dos Procedimentos Hospitalares de Média e Alta Complexidade.

PRT/GM/MS nº 827, de 27 de julho de 2000 - DO de 28/7/00

Institui Comissão Técnica com objetivo de orientar a execução de Contratos de Prestação de Serviços firmados pelo Programa Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS.

PRT/GM/MS nº 354, de 22 de março de 2001 - DO de 29/3/01

Aprova as modificações introduzidas nas Normas de Financiamento e Projetos Mediante a Celebração de Convênios, com Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde.

PRT/GM/MS nº 382, de 1 de março de 2002 - DO de 4/3/02

Ratifica o conteúdo das Normas de Financiamento de Programas e Projetos mediante a Celebração de Convênios, com Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Republicada no DO de 7/3/02, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 11/3/02, por ter saído com incorreção no original.

8 . DIAGNÓSTICO

8.1. HISTOCOMPATIBILIDADE

PRT/SAS/MS nº 66, de 14 de maio de 1997 - DO de 15/5/97

Define os laboratórios cadastrados para realizar exames de Histocompatibilidade. Revoga a PRT/SAS/MS nº 37, de 29/2/96 - DO de 1/3/96. Revogada pela PRT/SAS/MS nº 28, de 16/3/98 - DO de 9/4/98.

PRT/SAS/MS nº 28, de 16 de março de 1998 - DO de 18/3/98

Determina que somente os laboratórios relacionados no anexo poderão ser cadastrados para realização de exames de Histocompatibilidade. Republicada DO de 9/4/98. Revoga a PRT/SAS/MS nº 66, de 14/5/97 - DO de 15/5/97. Revogada pela PRT/SAS/MS nº 130, de 20/8/98 - DO de 21/8/98.

PRT/SAS/MS nº 130, de 20 de agosto de 1998 - DO de 21/8/98

Determina que somente os laboratórios relacionados no anexo desta Portaria, poderão ser cadastrados para realização dos exames de Histocompatibilidade, da tabela de procedimentos do SIA/SUS. Revoga a PRT/SAS/MS nº 28, de 16/3/98 - DO de 18/3/98.

PRT/GM/MS nº 1.312, de 30 de novembro de 2000 - DO de 4/12/00

Aprova, na forma de anexo desta Portaria, as normas de cadastramento de Laboratórios de Histocompatibilidade o serviço que, em instalações físicas, equipamentos, teóricas e profissionais esteja apto a coletar, processar, controlar qualidade e fornecer resultados de exames de Histocompatibilidade e Imunogenética Humana-HLA (Human Leucoyte Antígen) para fins terapêuticos ou científicos. Republicado no DO de 6/6/01, por ter saído com incorreção no original.

8.2. RADIOLOGIA

PRT/SVS/MS nº 453, de 1 de junho de 1998 - DO de 2/6/98

Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico; dispõe sobre o uso dos raios X em diagnóstico, em todo o território nacional e dá outras providências.

8.3. VIDEOLAPAROSCOPIA

PRT/SAS/MS nº 114, de 4 de julho de 1996 - DO de 5/7/96

Cria e vincula a credenciamento específico os procedimentos por videolaparoscopia. Revogado o item 2 pela PRT/SAS/MS nº 57, de 22/4/97 - DO de 30/4/97.

PRT/SAS/MS nº 57, de 22 de abril de 1997 - DO de 30/4/97

Delega às SES e SMS, dependendo das competências e prerrogativas do nível de gestão, o credenciamento das unidades hospitalares para realização de cirurgia por videolaparoscopia. Revoga o item 2 da PRT/SAS/MS nº 114, de 4/4/96.

9 . GESTÃO DO SUS

LEI nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - DO de 31/12/90

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.

PRT/GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993 - DO de 24/5/93

Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.

PRT/SAS/MS nº 97, de 28 de julho de 1993 - DO de 2/8/93

Autoriza gestores a solicitarem informações sobre morbidade, mortalidade e natalidade.

PRT/GM/MS nº 1.565, de 26 de agosto de 1994 - DO de 29/8/94

Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, para a descentralização da execução dos serviços e ações inerentes, no âmbito do SUS.

DECRETO nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 - DO de 31/8/94

Dispõe sobre as condições e forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.827, de 31 de outubro de 1994 - DO de 1/11/94

Define os tetos financeiros de cada Estado relativos ao custeio das atividades de Assistência Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS).

PRT/GM/MS nº 1.834, de 31 de outubro de 1994 - DO de 1/11/94

Rescinde os Convênios de municipalização da NOB/SUS 91 e da NOB/SUS 92, revoga a Portaria nº 203, de 26/1/94, e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 199, de 3 de novembro de 1994 - DO de 4/11/94

Estabelece que os Estados receberão recursos financeiros através do Fundo Estadual de Saúde.

PRT/SAS/MS nº 74, de 24 de julho de 1995 - DO de 25/7/95

Estabelece condições para revisão dos tetos financeiros dos Estados (SIA e SIH/SUS).

PRT/SAS/MS nº 75, de 24 de julho de 1995 - DO de 25/7/95

Disciplina prazo e fluxo para operacionalização de alterações de valores do teto financeiro de Município em condições de gestão semiplena.

PRT/GM/MS nº 1.742, de 30 de agosto de 1996 - DO de 2/9/96

Aprova a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS 01/96.

PRT/GM/MS nº 2.043, de 11 de outubro de 1996 - DO de 14/10/96

Determina a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC, instrumento específico para autorização, cobrança e informações gerenciais dos procedimentos de Alta Complexidade/Custo e do fornecimento de Medicamentos Excepcionais realizados pelas unidades prestadoras de serviços, cadastradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

PRT/GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 - DO de 6/11/96

Aprova a Norma Operacional Básica 01/96 - NOB/SUS 01/96. Tornado sem efeito os itens 12.1.1, 12.1.2, 13.1.1, 15.1.3 b, 15.2.3 c, 16.3.3 b, 16.4.3 c, 17.5, 17.12, 17.13, da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96, aprovada pela Portaria nº 2.203, de 5/11/96, pela PRT/GM/MS nº 1.882, de 18/12/97 - DO de 22/12/97.

PRT/SAS/MS nº 57, de 22 de abril de 1997 - DO de 30/4/97

Delega às SES e SMS, dependendo das competências e prerrogativas do nível de gestão, o credenciamento das unidades hospitalares para realização de cirurgia por videolaparoscopia. Revoga o item 2 da PRT/SAS/MS nº 114, de 4/4/96.

IN/GM/MS nº 1, de 15 de maio de 1997 - DO de 23/5/97

Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela NOB/SUS 01/96. Tornada sem efeito pela IN/GM/MS nº 01/98, publicada no DO de 6/1/98.

PRT/GM/MS nº 1.893, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97

Dispõe sobre valores financeiros a serem praticados para pagamento dos procedimentos ambulatoriais do Grupo "Assistência Básica".

PRT/GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97

Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e a sua composição. Alterado o art. 1º, o parágrafo único do art. 3º, o inciso XIV do § 1º do art. 4º, o art. 5º, o parágrafo único do art. 6º e o art. 7º, pela PRT/GM/MS nº 091, de 26/2/98 - DO de 3/3/98. Torna sem efeito os itens 12.1.1, 12.1.2, 13.1.1, 15.1.3 b, 15.2.3 c, 16.3.3 b, 16.4.3 c, 17.5, 17.12, 17.13

da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96, aprovada pela Portaria nº 2.203, de 5/11/96.

IN/GM/MS nº 1, de 2 de janeiro de 1998 - DO de 6/1/98

Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela NOB/SUS 01/96.

PRT/GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998 - DO de 21/1/98

Define os mecanismos para o repasse dos recursos que compõem as partes físicas e variáveis do PAB, para Municípios e Estados e dá outras providências quanto à criação das contas bancárias destinadas a este fim.

PRT/GM/MS nº 84, de 8 de fevereiro de 1998 - DO de 9/2/98

Fixa o valor máximo da parte fixa do PAB e divulga o seu valor por Município. Revoga a PRT/GM/MS nº 51, de 14/1/98.

PRT/GM/MS nº 2.094, de 26 de fevereiro de 1998 - DO de 2/3/98

Dispõe sobre a emissão do Cartão do Sistema Único de Saúde Municipal. Republicada no DO de 4/2/98. Revogada pela PRT/GM/MS nº 3.951, de 26/11/98 - DO de 2/12/98.

PRT/GM/MS nº 2.090, de 26 de fevereiro de 1998 - DO de 3/3/98

Altera dispositivos da PRT/GM/MS nº 1.884, de 18/12/97, que fixa o valor per capita nacional para cálculo da parte fixa do Piso de Atenção Básica e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 2.093, de 26 de fevereiro de 1998 - DO de 3/3/98

Altera dispositivo da Portaria nº 1.893, de 18/12/97, que autoriza as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a estabelecerem valores para os procedimentos do Grupo de Assistência Básica na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS.

PRT/GM/MS nº 2.283, de 10 de março de 1998 - DO de 11/3/98

Estabelece critérios e requisitos para a Qualificação dos Municípios ao Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

PRT/GM/MS 2.284, de 10 de março de 1998 - DO de 11/3/98

Dispõe sobre a aplicação do fator de recomposição.

PRT/SAS/MS nº 35, de 26 de março de 1998 - DO de 27/3/98

Define prática de valores diferenciados no SIA/SUS.

PRT/GM/MS nº 2.892, de 9 de junho de 1998 - DO de 15/6/98

Dispõe sobre a gestão dos Hospitais Universitários no SUS.

PRT/GM/MS nº 2.971, de 9 de junho de 1998 - DO de 16/6/98

Redefine os Tetos Financeiros com Recursos Federais para a assistência à saúde e para a operacionalização da descentralização das Unidades Assistenciais da Fundação Nacional de Saúde e das Unidades Assistenciais do Ministério da Saúde.

PRT/SAS/MS nº 82, de 7 de julho de 1998 - DO de 8/7/98

Estabelece dados do Sistema de Informações de Atenção Básica - SIAB.

PRT/SAS/MS nº 170, de 2 de outubro de 1998 - DO de 5/10/98

Prorroga por 60 dias o prazo de implantação do novo cadastro de que trata a PRT/SAS/MS de 23/1/98 - DO de 5/2/98.

PRT Interministerial MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO nº 22, de 11 de janeiro de 1999 - DO de 12/1/99

Dispõe sobre a efetivação de créditos do Sistema Único de Saúde - SUS a Hospitais Universitários vinculados ao Ministério da Educação.

PRT/GM/MS nº 130, de 12 de fevereiro de 1999 - DO de 17/2/99

Designa gestores dos sistemas de informação de base nacional os órgãos que menciona e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 219, de 24 de março de 1999 - DO de 25/3/99

Constitui a Unidade de Gerenciamento do Projeto - UGP do Cartão Nacional e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 476, de 14 de abril de 1999 - DO de 22/4/99

Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB 01/96, e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 531, de 30 de abril de 1999 - DO de 3/5/99

Define os Recursos Federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, que compõem o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos Estados e do Distrito Federal, constantes do anexo I, integrado por recursos para Atenção Básica e para Assistência Ambulatorial, de Média e Alta Complexidade e Hospitalar.

RES/CNS nº 290, de 6 de maio de 1999 - DO de 17/5/99

Aprova diretrizes para elaboração de proposta orçamentária do Ministro de Saúde para o ano 2000.

PRT/GM/MS nº 832, de 28 de junho de 1999 - DO de 29/6/99

Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica à Saúde, quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica - PAB, conforme expresso na Norma Operacional Básica do SUS 01/96 e no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 14, de 14 de julho de 1999 - DO de 23/7/99

Determina que a partir da competência de junho de 1999, a produção referente aos medicamentos relacionados seja financiado com recursos dos Fundos de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC nos limites estabelecidos no art. 2º da presente portaria.

PRT/GM/MS nº 1.125, de 31 de agosto de 1999 - DO de 1/9/99

Determina que os serviços ambulatoriais e hospitalares prestados por unidades próprias dos Estados, sob gestão e gerência estaduais, passem a ser custeados, em adição aos recursos estaduais nelas aplicados, por meio de um valor mensal global a ser repassado pelo Ministério da Saúde a título de co-financiamento.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 43, de 11 de outubro de 1999 - DO de 13/10/99

Exclui os procedimentos constantes da PRT Conj. SE/SAS nº 5 e nº 6, de 27/5/99, do financiamento com recursos do FAEC e inclui os procedimentos constantes das PRT Conj. SE/SAS nº 05 e nº 06, de 27/5/99 na dotação destinada à Assistência, de Média e Alta Complexidade e Hospitalar, estabelecida nos tetos financeiros de Estados e Município.

PRT/GM/MS nº 1.349, de 18 de novembro de 1999 - DO de 19/11/99

Estabelece prazo de 90 (noventa) dias para os Municípios habilitados de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS - NOB/SUS 01/96 apresentarem projetos de organização da Atenção Básica à Saúde, sob sua gestão, capazes de atender às necessidades da população.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 54, de 14 de dezembro de 1999 - DO de 15/12/99

Exclui os procedimentos nela relacionados e inclui nos subgrupos 02 e 07 os procedimentos indicados.

PRT/GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999 - DO de 16/12/99

Regulamenta a NOB/SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 12, de 7 de janeiro de 2000 - DO de 10/1/00

Define que no ano 2000 o processo de pactuação entre os Estados e Municípios e entre o Ministério da Saúde e Estados, para a melhoria dos indicadores de Atenção Básica, obedecerá a mesma sistemática estabelecida na PRT/GM/MS nº 832, de 28/6/99. Republicada no DO de 12/1/00, por ter saído com incorreções.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 4, de 16 fevereiro de 2000 - DO de 17/2/00

Define, para a competência de dezembro de 1999, na forma do anexo I desta Portaria e de acordo com o cálculo constante do art. 1º da PRT/GM/MS nº 1.329/99, as faixas de cobertura populacional nas quais se enquadram os Municípios.

PRT/GM/MS nº 344, de 24 de março de 2000 - DO de 28/3/00

Altera o § 1º do art. 13 da Portaria nº 832, de 28/6/99, publicada no DO de 29/6/99, Seção I, pág. 23, ficando a coordenação da Comissão de Acompanhamento dos Indicadores da Atenção Básica a cargo da Secretaria de Políticas de Saúde, deste Ministério.

PRT/GM/MS nº 358, de 31 de março de 2000 - DO de 3/4/00

Constitui a Unidade de Gerenciamento do Projeto (UGP) do Cartão Nacional de Saúde, com vistas a coordenar a implantação e operacionalização das Estruturas necessárias à viabilização do Projeto Nacional de Saúde.

PRT/GM/MS nº 582, de 20 de junho de 2000 - DO de 23/6/00

Institui Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PRT/SE/MS nº 496, de 27 de junho de 2000 - DO de 28/6/00

Define os valores anuais dos recursos federais destinados à composição do Teto Financeiro e Epidemiologia e Controle de Doenças TFECED, relativos ao financiamento das campanhas de vacinação.

PRT/GM/MS nº 779, de 14 de julho de 2000 - DO de 17/7/00

Revoga o art. 3º da PRT/GM/MS nº 12, de 7/1/00.

PRT Conjunta SAS/SE/MS nº 15, de 19 de julho de 2000 - DO de 20/7/00

Define características dos "Procedimentos de Recuperação Rápida". Estabelece que não será

permitida a cobrança de diária de permanência a maior na realização dos procedimentos de recuperação rápida em regime de internação hospitalar e define a caracterização de realização desses procedimentos. Estabelece rotina para a realização de procedimentos em Unidades de Saúde devidamente cadastradas no SIH/SUS e/ou SIA/SUS e que a cobrança será realizada por meio de APAC/PRR. Enumera requisitos que os hospitais e clínicas deverão disponibilizar para este tipo de atendimento. Estabelece que o gestor, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, deverá proceder à vistoria in loco para verificação do cumprimento das exigências estabelecidas, para autorização de realização dos procedimentos de recuperação rápida em regime de internação hospitalar e ambulatorial pelas unidades prestadoras de serviços do SUS. Exclui e inclui procedimentos da tabela SIA/SIH/SUS; redefine valores e estabelece que os procedimentos que relaciona passam a não gerar internação, devendo ser lançados no campo “serviços Profissionais - SP da AIH”.

PRT/GM/MS nº 799, de 19 de julho de 2000 - DO 20/7/00

Institui no âmbito do SUS, o “Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental”. Determina à SAS a estruturação de GT de organização e acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental e a designação dos membros que dele farão parte. Determina às SES e SMS em Plena do Sistema que no prazo de 30 dias estruturem o GT de organização e acompanhamento das ações assistenciais em Saúde Mental e que designem os membros que dele farão parte. Estabelece que a constatação de irregularidades ou do não cumprimento das normas vigentes implicará em instauração de auditoria pelo Ministério da Saúde e oferecimento de denúncia ao Ministério Público.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 30, de 14 de novembro de 2000 - DO de 16/11/00

Fixa o valor global a ser repassado pelo Ministério da Saúde, a título de co-financiamento, para custeio de assistência, das unidades próprias sob gerência e gestão do Estado de Pernambuco, conforme especificado.

PRT/SE/MS nº 901, de 8 de janeiro de 2001 - DO de 19/1/01

Viabiliza celebração de convênios entre o Fundo Nacional de Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visando atender ações de saúde, tais como incentivo financeiro a Municípios habilitados à parte variável do PAB para a saúde da família, as ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis, entre outras.

PRT/SE/MS nº 902, de 8 de janeiro de 2001 - DO de 19/1/01

Viabiliza celebração de convênios entre o Fundo Nacional de Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visando atender ações de saúde, tais como incentivo

financeiro a Municípios habilitados á parte variável do PAB para a saúde da família, as ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis, a assistência farmacêutica básica, atendimento ao disque-AIDS, entre outras.

PRT/GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001 - DO de 29/1/01

Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios.

PRT/GM/MS nº 132, de 31 de janeiro de 2001 - DO de 1/2/01

Define que para os procedimentos estratégicos e de alta complexidade custeados pelo FAEC é de competência dos gestores estaduais, municipais e do DF, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, a contratação, o cadastramento, a autorização para a realização de procedimentos, a autorização de pagamento, o acompanhamento, o controle, a avaliação e a auditoria das unidades prestadoras de serviços ao SUS. Estabelece que a produção referente aos procedimentos financiados pelo FAEC deverá ser apresentada pelos prestadores de serviços aos respectivos gestores, para as providências relativas aos processamentos, seguindo os mesmos prazos, fluxos e rotinas estabelecidos pelo SIH/SUS e SIA/SUS. Estabelece que os pagamentos dos valores relativos aos procedimentos financiados pelo FAEC serão executados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços, independente da condição de gestão do Estado, Município e Distrito Federal.

PRT/GM/MS nº 393, de 29 de março de 2001- DO de 30/3/01

A Agenda Nacional de Saúde estabelece eixos prioritários de intervenção para 2001.

PRT/GM/MS nº 483, de 6 de abril de 2001 - DO de 9/4/01

Estabelece objetivos gerais da PPI da assistência.

PRT/GM/MS Instrução Normativa nº 1, de 8 de abril de 2001 - DO de 9/4/01

Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de Municípios, de Estados e do DF em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela NOAS/SUS 01/2001.

PRT/GM/MS Instrução Normativa nº 2, de 8 de abril de 2001 - DO de 9/4/01

Regulamenta a elaboração, a tramitação, os requisitos e os meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização e o processo de qualificação de regiões/microrregiões, constante na NOAS/SUS 01/2001.

PRT/GM/MS nº 544, de 11 de abril de 2001 - DO de 16/4/01

Aprova as recomendações para orientação dos Convênios de Investimentos no Processo de Regionalização da Assistência à Saúde.

PRT/GM/MS nº 548, de 12 de abril de 2001 - DO de 16/4/01

Aprova o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”.

PRT/GM/MS nº 604, de 24 de abril de 2001 - DO de 10/5/01

Cria o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde - INTEGRASUS.

PRT/GM/MS nº 627, de 26 de abril de 2001 - DO 27/4/01

Estabelece constituição que o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação passa a ter.

PRT/GM/MS nº 975, de 3 de julho de 2001 - DO de 5/7/01

Define em R\$6,00 o valor per capita nacional para o financiamento do conjunto de serviços de que trata o item 7 do capítulo I.3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001. Estabelece que cada Estado deverá, na perspectiva da qualificação das microrregiões, prever em sua PPI, no mínimo, o valor per capita definido no art. 1º desta portaria, para o financiamento das ações do primeiro nível de média complexidade ambulatorial.

PRT/GM/MS nº 1.158, de 8 de agosto de 2001 - DO de 9/8/01

Estabelece componentes para avaliação básica dos Municípios pleiteantes à habilitação segundo a NOAS 01/2001.

PRT/GM/MS nº 1.845, de 3 de outubro de 2001 - DO de 5/10/01

Estabelece que os Estados que enviarem a documentação relativa à implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/01, terão prioridade na alocação de recursos de investimento do Ministério da Saúde.

PRT/SIS/MS nº 83, de 8 de outubro de 2001 - DO de 10/10/01

Determina que os Gestores de Contratos do Projeto e Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem - PROFAE atendam as providências que menciona.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 81, de 6 de novembro de 2001 - DO de 8/11/01

Estabelece que Estados e Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal tenham a cobertura das despesas adicionais realizadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

FUNASA INSTRUÇÃO NORMATIVA nº 02, de 10 de dezembro de 2001 - DO de 11/12/01

Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças - PPI-ECD.

PRT/SAS/MS nº 589, de 27 de dezembro de 2001 - DO de 28/12/01

Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC.

PRT/GM/MS nº 15, de 3 de janeiro de 2002 - DO de 8/1/02

Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

PRT/GM/MS nº 373, de 26 de fevereiro de 2002 - DO de 28/2/02

Aprova a nova versão da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS.

PRT Interministerial MJ/MS nº 628, de 2 de abril de 2002 - DO de 5/4/02

Institui o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.

LEI nº 10.424, de 15 de abril de 2002 - DO de 16/4/02

Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19/9/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e das outras providências, regulamentando a Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde.

PRT/GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002 - DO de 13/6/02

Estabelece, na forma do anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

PRT/GM/MS nº 1.746, de 2 de outubro de 2002 - DO de 3/10/02

Altera a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2002 no sentido de permitir que, no prazo de 30 dias a contar da data da publicação desta Portaria, todos os Municípios identificados como sede de módulo no Plano Diretor de Regionalização - PDR, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Conselho Estadual de Saúde - CES, poderão pleitear habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM nos termos da NOAS/SUS 01/2002, desde que cumpram todos os requisitos, inclusive o referente ao comando único sobre os prestadores, independente da condição de habilitação do Estado.

PRT/SAS/MS nº 729, de 10 de outubro de 2002 - DO de 11/10/02

Estabelece indicadores de avaliação, bem como os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência, previsto no item 47 do Capítulo

II.3 da NOAS 01/2002, visando à implementação da organização e do funcionamento dos componentes de planejamento, controle, regulação e avaliação assistencial dos Estados e Municípios habilitados, ou que vierem a ser habilitados, na Gestão Plena do Sistema de Saúde pela NOAS/SUS 01/2002.

PRT/GM/MS nº 2.263, de 10 de dezembro de 2002 - DO de 11/12/02

Determina que os gestores do SUS, responsáveis pela gestão dos hospitais universitários e de ensino públicos federais, estaduais e municipais formalizem a relação com o SUS através de Termo de Compromisso entre Entes Públicos - TCEP, conforme previsto na NOAS 01/2002.

PRT/GM/MS nº 2.074, de 5 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova, na forma do anexo a esta Portaria, as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

DECRETO nº 4.481, de 22 de novembro de 2002

Dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 2.224, de 5 de dezembro de 2002 - DO de 7/12/02

Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde e a classificação que será aplicada aos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, ordenando-os, de acordo com suas características.

PRT/GM/MS nº 2.225, de 5 de dezembro de 2002 - DO de 6/12/02

Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde, sem prejuízo de outras que venham a ser consideradas necessárias em cada instituição, em decorrência de regulamentos específicos ou exigências legais, e critérios de qualificação profissional exigíveis para o exercício de funções nestas direções, de acordo com o porte do hospital segundo sua classificação atribuída conforme os critérios do Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, como segue anexo.

PRT/SAS/MS nº 938, de 6 de dezembro de 2002 - DO de 7/12/02

Consolida a denominação de Unidade Mista de Internação - UMI para a designação daquelas instituições que realizam internação de pacientes e que disponham de um número de leitos instalados superior a 5 (cinco) e inferior a 20 (vinte).

PRT/SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002 - DO de 12/12/02

Atualiza, na forma dos anexos I, II, III e IV desta Portaria, os procedimentos de alta complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares - SIA e SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 2.425, de 30 de dezembro de 2002 - DO de 1/1/03

Estabelece que os recursos financeiros federais destinados à Assistência de Média e Alta Complexidade que não forem utilizados ao final do mês no pagamento da produção de serviços, programados de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI, poderão ser usados no custeio de ações relacionadas, direta ou indiretamente, à assistência à saúde.

10 . LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA

PRT/GM/MS nº 15, de 3 de janeiro de 2002 - DO de 8/1/02

Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública.

PRT/SAS/MS nº 787, de 25 de outubro de 2002 - DO de 26/10/02

Institui, na forma do anexo desta Portaria, o Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a Organização da Rede de Laboratórios Clínicos.

PRT/SAS/MS nº 788, de 25 de outubro de 2002 - DO de 26/10/02

Institui, na forma do anexo desta Portaria, o Manual de Apoio aos Gestores do Sistema Único de Saúde - SUS para a Organização dos Postos de Coleta da Rede de Laboratórios Clínicos.

11 . HANSENÍASE

Ver item 17. Programas, Planos, Políticas e Projetos Estratégicos do Ministério da Saúde.
Sub-ítem 17.14. Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase, página 522.

12. INFORMAÇÃO & INFORMÁTICA

12.1. RIPSА - REDE DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE

PRT/GM/MS nº 2.390, de 11 de dezembro de 1996 - DO de 13/12/96
Institui a RIPSА.

PRT/GM/MS nº 820, de 23 de junho de 1997 - DO de 24/6/97
Institui a RIPSА.

PRT/GM/MS nº 396, de 12 de abril de 2000 - DO de 14/4/00
Institui a RIPSА.

PRT/GM/MS nº 1.919, de 22 de outubro de 2002 - DO de 23/10/02
Institui a RIPSА.

12.2. SIA/SUS

Ver item 30. Tabelas de Procedimentos.
sub-ítem 30.1. SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais, página 567.

12.3. SIH/SUS

Ver item 30. Tabelas de Procedimentos.
sub-ítem 30.2. SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares, página 577.

12.4. SINASC - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS

FUNASA PRT nº 475, de 31 de agosto de 2001 - DO de 4/9/00 e 7/1/02
Altera a regulamentação da coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre nascidos vivos para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

12.5. SIOPS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

LEI nº 4.320, de 17 de março de 1964

Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para Elaboração e Controle dos Orçamentos e Balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal

PRT MPOG nº 42, de 14 de abril de 1999

Atualiza a discriminação da despesa por funções.

EMENDA 29/2000

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

LEI COMPLEMENTAR nº 101, de 4 de maio de 2000

Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

PRT Interministerial nº 163, de 4 de maio de 2001

Dispõe sobre normas gerais de consolidação das contas públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.163, de 11 de outubro de 2000 - DO de 20/10/00

Estabelece que o SIOPS será implementado sob a supervisão da SE e SIS/MS, define atribuições, composição, e dá outras providências e revogando-se as disposições em contrário, em especial a Portaria Interministerial Ministério da Saúde e Ministério Público Federal nº 529, de 30/4/99.

PRT STN - Secretaria do Tesouro Nacional nº 180, de 21 de maio de 2001

Atualiza a classificação da Receita.

PRT STN - Secretaria do Tesouro Nacional nº 211, de 4 de junho de 2001

Divulga a Tabela de Correlação da Despesa.

PRT STN - Secretaria do Tesouro Nacional nº 328, de 27 de agosto de 2001

Divulga procedimentos contábeis para o FUNDEF.

PRT STN - Secretaria do Tesouro Nacional nº 517, de 14 de outubro de 2001

Divulga manual do Relatório Resumido da Execução Orçamentária e Relatório Completo.

PRT STN - Secretaria do Tesouro Nacional nº 560, de 14 de dezembro de 2001
Institui o Manual de Elaboração do Relatório Resumido da Execução Orçamentária.

PRT/GM/MS nº 2.047, de 5 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02
Institui diretrizes operacionais para a aplicação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000.

12.6. CARTÃO SUS - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

PRT/GM/MS nº 1.560, de 29 de agosto de 2002 - DO de 30/8/02
Institui o Cartão Nacional de Saúde - CARTÃO SUS e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.740, de 2 de outubro de 2002 - DO de 3/10/02
Estabelece que o cadastramento dos usuários do SUS poderá ser realizado em domicílio, pelos Municípios, ou, de forma complementar, em estabelecimentos assistenciais de saúde.

12.7. SISAV - SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE PARA OS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS/CAUSAS EXTERNAS

PRT/SAS/MS nº 970, de 11 de dezembro de 2002 - DO de 12/12/02
Aprova e institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas/SISAV, desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde.

13. INFRA-ESTRUTURA

13.1. CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO E REFORMA

PRT/GM/MS nº 1.884, de 11 de dezembro de 1994 - DO de 15/12/94

Normatiza o exame e a aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

PRT/GM/MS nº 2.662, de 22 de dezembro de 1995 - DO de 26/12/95

Dispõe sobre novos projetos de engenharia de instalações elétricas, de reforma ou de ampliação de estabelecimentos assistenciais de saúde.

PRT/SAS/MS nº 230, de 16 de dezembro de 1996 - DO de 17/12/96

Prevê a revisão da PRT/GM/MS nº 1.884, de 11/11/94 - DO de 15/12/94.

13.2. EQUIPAMENTOS

PRT/GM/MS nº 2.663, de 22 de dezembro de 1995 - DO de 26/12/95

Define Norma Técnica a ser adotada para equipamentos eletromédicos.

PRT/SAS/MS nº 25, de 5 de fevereiro de 1996 - DO de 6/2/96

Define documentos para instruir as proposições que contemplem obras e serviços de arquitetura e engenharia ou aquisição de equipamentos.

PRT/Interministerial MINISTÉRIO DO EXERCÍCIO/MINISTÉRIO DA SAÚDE nº 1.773, de 30 de agosto de 1996 - DO de 2/9/96

Aprova plano de trabalho com a finalidade de apoiar o programa de especialização em equipamentos médicos hospitalares do Exército.

PRT/GM/MS nº 155, de 27 de fevereiro de 1997 - DO de 28/2/97

Altera os prazos e procedimentos para comprovar a certificação de conformidade de equipamentos eletromédicos com a Norma Brasileira - NBR IEC nº 601, de que trata a PRT/GM/MS nº 2.663/95. Revoga o art. 3º e o anexo da PRT/GM/MS nº 2.663/95 - DO de 26/12/95.

PRT/GM/MS nº 100, de 5 de fevereiro de 1999 - DO de 24/2/99

Aprova o Manual de Operação do Programa de Modernização Gerencial e Reequipamento da Rede Assistencial Privada do SUS e dá outras providências.

RES/ANVS/MS nº 444, de 31 de agosto de 1999 - DO de 1/9/99

Adota a norma técnica brasileira NBR IEC 60601-1: Equipamentos Eletromédicos. Parte 1 - Prescrições Gerais para Segurança e normas técnicas particulares brasileira da série NBR IEC 60601-2.

14. ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS

OS/INAMPS nº 194, de 9 de outubro de 1991 - DO de 10/10/91

Define instruções para utilização, pagamento e cobrança de OPM em AIH. Revoga a OS/INAMPS 186, de 25/7/88.

PRT/SAS/MS nº 116, de 9 de setembro de 1993 - DO de 15/9/93

Inclui no SIA/SUS e define a concessão de equipamentos de órtese, prótese e bolsa de colostomia.

PRT/SAS/MS nº 146, de 14 de outubro de 1993 - DO de 19/10/93

Estabelece diretrizes gerais para a concessão de prótese e órtese através da Assistência Ambulatorial.

PRT/SAS/MS nº 76, de 11 de maio de 1994 - DO de 12/5/94

Aprova as instruções, fluxo de GAP e relação de medicamentos excepcionais, constantes de seus anexos de I a IV. Alterada pela PRT/SAS/MS nº 102/95 - DO de 8/9/95.

PRT/SAS/MS nº 08, de 15 de fevereiro de 1995 - DO de 25/2/95

Relação de compatibilidade entre os produtos de OPM e procedimentos do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 102, de 6 de setembro de 1995 - DO de 8/9/95

Altera a redação dos anexos I e II da PRT/SAS/MS nº 76, de 11/5/94 - DO de 12/5/94.

PRT/SAS/MS nº 59, de 27 de março de 1996 - DO de 1/4/96

Publica a compatibilidade entre os produtos constantes da Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais com o grupo de procedimentos Estudo Eletrofisiológico, Diagnóstico e Terapêutico da Tabela SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 121, de 17 de julho de 1996 - DO de 18/7/96

Fixa prazo máximo para efetivação dos repasses dos valores relativos à OPM pelas unidades hospitalares aos seus respectivos fornecedores.

PRT/SAS/MS nº 97, de 30 de julho de 1997 - DO de 4/8/97

Prioriza a concessão de próteses, órteses, demais instrumentos de auxílio, bem como intervenções cirúrgicas e assistência médica às pessoas portadoras de deficiência provocadas pela talidomida.

PRT/SAS/MS nº 134, de 26 de agosto de 1998 - DO de 27/8/98

Inclui materiais na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais. Republicada no DO de 8/9/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 167, de 24 de setembro de 1998 - DO de 16/10/98

Publica as Tabelas do SIH/SUS de Procedimento, Componentes e Diárias Especiais e de Órteses/Próteses, conforme seus anexos I, II e IV e publica Relação de Compatibilidade entre os Produtos da Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, conforme seu anexo III.

PRT/SAS/MS nº 221, de 14 de maio de 1999 - DO de 17/5/99

Altera, a partir de 1/5/99, os valores para os materiais discriminados, constantes da tabela de Órteses, Próteses e Materiais do SIH/SUS.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 6, de 27 de maio de 1999 - DO de 31/5/99

Inclui materiais na tabela de Órtese, Próteses e Materiais Especiais.

PRT/GM/MS nº 707, de 8 de junho de 1999 - DO de 9/6/99

Faculta ao prestador de serviços proceder à cessão de seu crédito relativo a OPM, em benefício de seu fornecedores.

PRT Conjunta SAS/GM/MS nº 388, de 28 de julho de 1999 - DO de 30/7/99

Estabelece que a empresa de Ortopedia Técnica, fornecedora de Órtese e Prótese Ambulatorial deverá mediante instrumento próprio, oferecer garantia para o material fornecido.

PRT Conjunta SAS/GM/MS nº 483, de 23 de agosto de 1999 - DO de 24/8/99

Estabelece que, de acordo com as normas do Sistema Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, a cessão de crédito em benefício dos fornecedores de OPM, somente poderá ser efetuada por entidades prestadoras de serviços do SUS, privadas e filantrópicas. Republicada no DO de 10/9/99, por ter saído com incorreção do original.

PRT/SAS/MS nº 582, de 20 de outubro de 1999 - DO de 22/10/99

Exclui da Tabela de OPM, do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, os itens que relaciona e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 584, de 21 de outubro de 1999 - DO de 22/10/99

Desvincula os valores da prótese para implante coclear do procedimento 37.040.01.4 - Implante Coclear e inclui na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM, assim como na Tabela de Compatibilidade do SIH/SUS, as próteses a serem cobradas, exclusivamente, no procedimento 37.040.01.4 - Implante Coclear.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 45, de 10 de novembro de 1999 - DO de 11/11/99

Inclui na Tabela de Órteses e Próteses do SIH/SUS o material que relaciona, para uso exclusivo em cirurgia da obesidade mórbida.

PRT/SAS/MS nº 694, de 24 de novembro de 1999 - DO de 25/11/99

Estabelece que os procedimentos relacionados, constantes da tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, pertencentes ao grupo 21 - Próteses e Órteses, poderão ser realizados e cobrados a partir de novembro de 1999.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 51, de 14 de dezembro de 1999 - DO de 15/12/99

Altera a descrição dos grupos e dos procedimentos que relaciona e os valores das OPM relacionadas na Tabela de ROPM do SIH/SUS.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 53, de 14 de dezembro de 1999 - DO de 15/12/99

Inclui na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS os grupos e procedimentos 32.101.11-2, 32.032.01-3, 32.101.12-0 e 32.033.01-0 e na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS o material que especifica.

PRT/SAS/MS nº 13, de 17 de janeiro de 2000 - DO de 18/1/00

Considerando a PRT/SAS/MS nº 582, de 20/11/99, publicada no DO de 22/10/99, que incorporou ao item Serviços Hospitalares os valores correspondentes à utilização dos materiais de Órtese e Prótese e Materiais Especiais - OPM à tabela de procedimentos dos Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 84, de 3 de março de 2000 - DO de 8/3/00

Inclui, na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, o Material Código 93.324.22-7 - Enxerto Inorgânico Mineral.

PRT/SAS/MS nº 219, de 28 de junho de 2000 - DO de 29/6/00

Altera o limite de utilização da OPM 93.800.43-6 - Líquido de Preservação de Órgãos para Transplantes (20 ml) de 01 (um) para 02 (dois).

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 11, de 14 de maio de 2001 - DO de 15/5/01

Inclui na Tabela de Órteses, Prótese e Materiais Especiais do SIH/SUS o material 93.481.32-2 - Cateter de Termodiluição Contínua.

PRT/SAS/MS nº 171, de 25 de maio de 2001 - DO de 5/6/01

Estabelece a compatibilidade entre o material 93.481.11-0 - introdutor para cateter com e sem válvula e os procedimentos descritos nesta Portaria.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 51, de 16 de agosto de 2001 - DO de 17/8/01

Inclui, na tabela de Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SIH/SUS, um novo material.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 57, de 29 de agosto de 2001 - DO de 31/8/01

Altera a partir de 1/9/01, valores constantes da tabela de Órtese, Prótese e Materiais do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 36, de 22 de janeiro de 2002 - DO de 24/1/02

Reinclui na tabela de OPM o código 93311036 - Cateter Ureteral Duplo "j".

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 10, de 23 de janeiro de 2002 - DO de 25/1/02

Inclui novos materiais.

PRT/SAS/MS nº 143, de 26 de fevereiro de 2002 - DO de 27/2/02

Exclui o material Estabilizador de Tecidos por Sucção - Código 93.329.01-6.

PRT/GM/MS nº 1.099, de 12 de junho de 2002 - DO de 13/6/02

Altera os valores dos materiais constantes da tabela de Órteses e Próteses.

PRT/GM/MS nº 2.036, de 4 de novembro de 2002 - DO de 5/11/02

Publica a tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 874, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Estabelece que os materiais 93.321.22-8 - Cardiodesfibrilador com Marca-Passo Multi-Sítio e 93.481.35-7 - Transdutor de Pressão constante do anexo da Portaria acima referenciada serão objeto de normatização específica da Secretaria de Assistência à Saúde, para conceituação e regulação.

PRT/SAS/MS nº 933, de 4 de dezembro de 2002 - 5/12/02

Redefine a composição dos materiais.

PRT/SAS/MS nº 936, de 6 de dezembro de 2002

Estabelece o Protocolo de Reprocessamento dos Grampeadores Lineares Cortantes e Lineares, conforme anexo desta Portaria, bem como o seu Fluxograma de Validação.

PRT/SAS/MS nº 987, de 17 de dezembro de 2002 - DO de 18/12/02

Aprova as diretrizes para o implante de marca-passo definitivo, do cardioversor-desfibrilador, do marca-passo multi-sítio e do cardiodesfibrilador multi-sítio, e dados para o preenchimento do Registro Brasileiro de Marca-Passos, Desfibriladores e Ressincronizadores Cardíacos, respectivamente, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

15 . PLANEJAMENTO FAMILIAR

PRT/SAS/MS nº 115, de 9 de setembro de 1993 - DO de 15/9/93

Inclui na tabela de procedimentos do SIA/SUS a inserção de DIU, somente pelas entidades públicas do SUS.

PRT/SAS/MS nº 118, de 9 de setembro de 1993 - DO de 15/9/93

Inclui na tabela de procedimentos do SIA/SUS o atendimento clínico para a indicação do uso do Diafragma Vaginal, somente pelas entidades públicas do SUS.

LEI FEDERAL nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 - DO de 20/8/97

Regulamenta o § 7º, do art. 226 da Constituição Federal que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 144, de 20 de novembro de 1997 - DO de 24/11/97

Inclui no SIH/SUS procedimentos de laqueadura tubária e vasectomia. Republicada no DO de 27/11/97.

PRT/SAS/MS nº 48, de 11 de fevereiro de 1999 - DO de 17/2/99

Inclui nos Grupos de Procedimentos da Tabela do SIH/SUS os códigos de procedimentos que especifica e de acordo com o disposto no art. 10 da Lei nº 9.263, de 12/1/96, que regula o § 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 85, de 15 de março de 1999 - DO de 17/3/99

Estabelece a obrigatoriedade do procedimento do Módulo Informações sobre Procedimentos de Esterilização, na forma dos anexos desta Portaria e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.356, de 25 de julho de 2002 - DO de 26/7/02

Inclui no Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, instituído pela PRT/GM/MS nº 343, de 21/3/01, métodos anticoncepcionais.

16 . PORTADORES DE DEFICIÊNCIA - REABILITAÇÃO

PRT/SNAS/MS nº 225, de 29 de janeiro de 1992 - DO de 31/1/92

Estabelece critérios para credenciamento e realização de reabilitação em Hospital Geral. Regulamenta a PRT/SNAS/MS nº 204, de 26/12/91.

PRT/SNAS/MS nº 237, de 12 de fevereiro de 1992 - DO de 13/2/92

Estipula normas para realização de procedimentos ambulatoriais referentes à reabilitação de pessoas portadoras de deficiência, no SUS.

PRT/SNAS/MS nº 303, de 2 de julho de 1992 - DO de 3/7/92

Fixa normas para funcionamento de Serviços de Saúde para pessoas portadoras de deficiência, no SUS. Modifica a PRT/SNAS/MS nº 225, de 29/1/92 - DO de 31/1/92.

PRT/SNAS/MS nº 304, de 2 de julho de 1992 - DO de 3/7/92

Fixa normas para atendimento de pessoas portadoras de deficiência - PPD. Modifica a PRT/SNAS/MS nº 237, de 12/2/92 - DO de 13/2/92.

PRT/SNAS/MS nº 305, de 2 de julho de 1992 - DO de 3/7/92

Dispõe sobre a inclusão dos procedimentos referentes à reabilitação no SIH/SUS. Modifica a PRT/SNAS/MS nº 204, de 26/1/91.

PRT/SNAS/MS nº 306, de 2 de julho de 1992 - DO de 3/7/92

Modifica a PRT/SNAS/MS nº 236.

DECRETO nº 1.680, de 18 de outubro de 1995 - DO de 19/10/95

Dispõe sobre a competência, a composição e o funcionamento do Conselho Consultivo da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Revoga o Decreto nº 214, de 12/9/91 e dá nova redação ao art. 2º do Decreto de 14/12/92.

RES/CNS/MS nº 206, de 5 de dezembro de 1996 - DO de 27/1/97

Determina que os procedimentos relativos à educação em saúde para o atendimento à pessoa portadora de deficiência sejam também prestados por profissionais de saúde vinculados às entidades filantrópicas.

PRT/GM/MS nº 3.762, de 20 de outubro de 1998 - DO de 23/10/98

Cria grupos de procedimentos e procedimentos na tabela de procedimentos do SIH/SUS para

deficientes auditivos e com lesões lábio-palatais. Alterado o art. 2º pela PRT/GM/MS nº 4.011, de 14/12/98 - DO de 16/12/98. Republicada no DO de 28/10/98, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 9/11/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 226, de 2 de dezembro de 1998 - DO de 3/12/98

Altera a sistemática de apresentação de Autorização de Internação Hospitalar - AIH em meio magnético e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 4.011, de 14 de dezembro de 1998 - DO de 16/12/98

Altera o art. 2º da PRT/GM/MS nº 3.762, de 20/10/98 - DO de 23/10/98, modificando sua redação.

PRT/GM/MS nº 818, de 5 de junho de 2001 - DO de 7/6/01

Cria mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de assistências à pessoa portadora de deficiência física.

PRT/SAS/MS nº 298, de 9 de agosto de 2001 - DO de 10/8/01

Institui o Atestado da Equipe Multiprofissional do SUS, a ser utilizado para identificação de pessoas portadoras de Deficiência.

PRT/GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002 - DO de 6/6/02

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

PRT/GM/MS nº 1.130, de 18 de junho de 2002 - DO de 19/6/02

Institui, no período de julho a dezembro de 2002, a Campanha Nacional de Protetização para Pessoas Portadoras de Deficiência Física, visando atender às necessidades de pessoas portadoras de deficiência física.

PRT/SAS/MS nº 1.005, de 20 de dezembro de 2002 - DO de 21/12/02

Inclui, no Atestado da Equipe Multiprofissional para a identificação das Pessoas Portadoras de Deficiência no Sistema Único de Saúde, as pessoas portadoras de ostomia e as pessoas com insuficiência renal crônica que passam a ser beneficiários do passe livre interestadual.

17. PROGRAMAS, PLANOS, POLÍTICAS E PROJETOS ESTRATÉGICOS DO MS

17.1. PLANO DE REORGANIZAÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

PRT/GM/MS nº 391, de 4 de abril de 1997 - DO de 5/4/97

Institui o Dia Nacional do Diabetes.

PRT/GM/MS nº 235, de 20 de fevereiro de 2001 - DO de 22/2/01

Estabelece diretrizes para a reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus.

PRT/GM/MS nº 16, de 3 de janeiro de 2002 - DO de 8/1/02

Aprova o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

PRT/GM/MS nº 371, de 4 de março de 2002 - DO de 5/3/02

Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

PRT Conjunta SPS/GM/MS nº 02, de 5 de março de 2002 - DO de 6/3/02

Implanta o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, disponibilizando, no âmbito da atenção básica, instrumento de cadastro e acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Sishiperdia, para utilização pelos Municípios.

17.2. PLANO NACIONAL DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

PRT Interministerial MJ/MS nº 628, de 2 de abril de 2002 - DO de 5/4/02

Institui o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário.

PRT/GM/MS nº 863, de 7 de maio de 2002 - DO de 8/5/02

Aprova, na forma do anexo I desta Portaria, o Termo de Compromisso a ser firmado entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde com vistas ao co-financiamento das ações de saúde no Sistema Penitenciário sob gestão estadual.

PRT/GM/MS nº 2.389, de 20 de dezembro de 2002 - DO de 21/12/02

Aprova o Plano de Trabalho destinando recursos financeiros do Orçamento do Ministério da Saúde com a finalidade de Montagem e Distribuição de Kits para Atendimento ao Programa Farmácia Penitenciária.

17.3. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE GLAUCOMA

PRT/GM/MS nº 867, de 9 de maio de 2002 - DO de 13/5/02

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores de Glaucoma.

17.4. PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA NÃO INVASIVA A PACIENTES PORTADORES DE DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA

PRT/GM/MS nº 1.531, de 4 de setembro de 2001 - DO de 6/9/01

Institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.

17.5. PROGRAMAS DE CARÊNCIAS NUTRICIONAIS

PRT/GM/MS nº 1.317, de 15 de setembro de 1997 - DO de 17/9/97

Estabelece requisitos para os produtos a serem adquiridos pelo Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional.

PRT/GM/MS nº 2.409, de 23 de março de 1998 - DO de 27/3/98

Estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais, nos Municípios. Revogada pela Portaria nº 709, de 10/6/99 - DO de 11/6/99.

MEDIDA PROVISÓRIA nº 2.206, de 10 de agosto de 2001 - DO de 13/9/01

Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde, Bolsa-Alimentação e dá outras providências.

17.6. PROGRAMAS DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

PRT/GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000 - DO de 8/6/00

Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

PRT/GM/MS nº 570, de 1 de junho de 2000 - DO de 8/6/00

Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

PRT/GM/MS nº 571, de 1 de junho de 2000 - DO de 8/6/00

Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

PRT/GM/MS nº 572, de 1 de junho de 2000 - DO de 8/6/00

Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

PRT/GM/MS nº 693, de 5 de julho de 2000 - DO de 6/7/00

Aprova a norma de orientação para implantação do “método canguru”, destinado a promover a atenção humanizada ao RN de baixo peso.

PRT Conjunta SPS/SE nº 23, de 5 de junho de 2001 - DO de 6/6/01

Estabelece a obrigatoriedade de alimentação da base de dados nacional do Sisprenatal, por parte dos Municípios que aderirem ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

17.7. PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

PRT/SAS/MS nº 79, de 6 de julho de 1998 - DO de 8/7/98

Inclui na tabela de procedimentos do SIA/SUS, os procedimentos discriminados, de uso exclusivo nas fases de intensificação das atividades do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, em sua 1ª fase, de 8/8/98 a 12/9/98. A fase subsequente será objeto de instruções normativas.

PRT/SAS/MS nº 172, de 6 de outubro de 1998 - DO de 7/10/98

Inclui na tabela do SIA/SUS os procedimentos realizados no atendimento a mulheres fora da faixa etária considerada de risco pelo Programa Nacional de Combate ao câncer, os quais relaciona. Retificada no DO de 15/10/98, no item 419-7, onde se lê: “Item de Programação 2 - Atendimento Médico (Não PAB)”, leia-se: “Item de Programação 22 - Atendimento Médico (Não PAB)”.

PRT/SAS/MS nº 95, de 23 de março de 1999 - DO de 24/3/99

Mantém na tabela de procedimentos do SIA/SUS os procedimentos da Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, relacionados nesta Portaria, alterados suas descrições e dá outras providências. Retificada no DO de 24/3/99, por ter saído com incorreções do original.

PRT/SAS/MS nº 97, de 23 de março de 1999 - DO de 24/3/99

Exclui da tabela de procedimentos do SIA/SUS, os procedimentos discriminados nesta Portaria, criados especificamente para atender as fases de intensificação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 8, de 9 de junho de 1999 - DO de 10/6/99

Determina que a partir da competência de maio de 1999, as produções dos Procedimentos do SIH/SUS por meio das PRT/SAS/MS nº 134, de 15/4/99, relativo a primeira etapa Mutirões de Cirurgia Eletiva, sejam financiadas com recursos do Fundo de Ações Estratégicas Compensação - FAEC.

PRT/SAS/MS nº 408, de 30 de julho de 1999 - DO de 2/8/99

Determina que o programa dos procedimentos referentes a citologia, histopatologia, e controle de qualidade ficará vinculado à prestação de informações necessárias ao monitoramento e avaliação das atividades de controle do câncer de colo do útero no Brasil, por intermédio de BPA em meio magnético, gerado exclusivamente pelo sistema nesta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 691, de 22 de novembro de 1999 - DO de 24/11/99

Prorroga a vigência da PRT/SAS/MS nº 408, de 30/7/99, publicada no DO de 2/8/99, Seção 1, para a competência de janeiro de 2000.

17.8. PROGRAMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

PRT/GM/MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002 - DO de 8/1/02

Institui o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos.

17.9. PROGRAMA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE DOENÇAS RENAIS

PRT/GM/MS nº 1.654, de 17 de setembro de 2002 - DO de 18/9/02

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, sob coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Assistência aos Portadores de Doenças Renais.

17.10. PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO SISTEMA HOSPITALAR - PNASH/PSIQUIATRIA

PRT/SAS/MS nº 1.001, de 20 de dezembro de 2002 - DO de 21/12/02

Homologa os resultados das vistorias realizadas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar - PNASH/Psiquiatria.

17.11. PROGRAMA NACIONAL DO CONTROLE DA DENGUE

PRT/GM/MS nº 1.347, de 24 de julho de 2002 - DO de 26/7/02

Institui o Programa Nacional de Controle da Dengue e dá outras providências.

17.12. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

PRT/SAS/MS nº 164, de 30 de dezembro de 1997 - DO de 6/1/98

Estabelece cobrança das internações de hanseníase e tuberculose através de Autorização de Internação Hospitalar - AIH pelos hospitais integrantes do SUS.

PRT/SAS/MS nº 34, de 25 de março de 1998 - DO de 31/3/98

Define procedimentos e diagnósticos para cobrança de tratamento de hanseníase e tuberculose.

PRT/SAS/MS nº 105, de 24 de julho de 1998 - DO de 27/7/98

Altera os valores do grupo de procedimento de tratamento da tuberculose com lesões extensas e multicavitárias.

PRT/GM/MS nº 3.739, de 16 de outubro de 1998 - DO de 28/10/98

Institui o Cadastro de Unidade de Atendimento Ambulatorial de Controle de Tuberculose do

SIA/SUS e dá outras providências (anexos I e II). Republicada no DO de 19/10/98, por ter saído com incorreções do original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 13, de 29 de junho de 1999 - DO de 30/6/99

Cria nas Tabela de Serviços e de classificação do SIA/SUS, o Serviço de Atenção à Tuberculose e sua classificação.

PRT/SAS/MS nº 542, de 10 de setembro de 1999 - DO de 13/9/99

Cria na Tabela de Classificação do Serviço de Atenção à Tuberculose as classificações que especifica.

PRT/GM/MS nº 1.474, de 19 de agosto de 2002 - DO 20/8/02

Reformula o pagamento de procedimentos relativos ao atendimento de portadores de tuberculose, que passa a denominar-se Incentivo para o Controle da Tuberculose na Atenção Básica de Saúde, com dois componentes a saber: o primeiro, relativo à notificação de caso novo; o segundo, relativo à alta por cura. Fica mantido o pagamento de exames baciloscópicos para diagnóstico e controle do tratamento, que continuará a observar as normas e valores atualmente vigentes.

PRT Conjunta SPS/GM/MS nº 230, de 29 de outubro de 2002

Altera as descrições das classificações do código 024 - Atenção à Tuberculose da tabela de Serviço/Classificação do SIA/SUS, conforme constante do item A do anexo desta Portaria.

PRT/GM/MS nº 1.729, de 1 de outubro de 2002 - DO de 2/10/02

Estabelecer, dentro do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, o Projeto Nacional de Avaliação e Monitoramento destinado a promover a realização de estudos e pesquisas relativas à situação epidemiológica da doença no Brasil e as ações desenvolvidas.

17.13. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

PRT Interministerial MS/ME nº 1.498, de 22 de agosto de 2002 - DO de 23/8/02

Recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da poluição tabagística ambiental.

PRT/GM/MS nº 1.575, de 29 de agosto de 2002 - DO de 3/9/02

Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

17.14. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

PRT/SAS/MS nº 164, de 30 de dezembro de 1997 - DO de 6/1/98

Estabelece cobrança das internações de hanseníase e tuberculose através de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, pelos hospitais integrantes do SUS.

PRT/SAS/MS nº 34, de 25 de março de 1998 - DO de 27/3/98

Define procedimentos e diagnósticos para cobrança de tratamento de hanseníase e tuberculose.

PRT/GM/MS nº 814, de 26 de julho de 2000 - DO de 27/7/00

Aprova os pré-requisitos, as atividades e demais orientações para o conhecimento de instituições como Centros Colaboradores Nacionais, Macroregionais e Estaduais para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase.

PRT/GM/MS nº 816, de 26 de julho de 2000 - DO de 27/7/00

Aprova as diretrizes destinadas a orientar, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde - SUS, as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase no país, que serão coordenadas, em nível nacional pela Área Técnica de Dermatologia Sanitária de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

PRT/GM/MS nº 817, de 26 de julho de 2000 - DO de 27/7/00

Expede as instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações de controle e de eliminação da hanseníase em todo território nacional, as quais regulamentam as diretrizes estabelecidas na PRT/GM/MS nº 816, de 26/7/99.

PRT/GM/MS nº 1.073, de 26 de setembro de 2000 - DO de 28/9/00

Expede instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações de controle e eliminação da hanseníase em todo território nacional.

PRT/GM/MS nº 1.838, de 9 de outubro de 2002 - DO de 11/10/02

Define as seguintes diretrizes e estratégias para o cumprimento da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde no Brasil até 2005.

17.15. PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES

PRT/GM/MS nº 371, de 4 de março de 2002 - DO de 6/3/02

Institui o Programa Nacional de Diabetes.

17.16. PROGRAMA NACIONAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Ver item “Sangue”, na página 544.

17.17. PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

PRT/GM/MS nº 2.414, de 23 de março de 1998 - DO de 26/3/98

Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização em regime de hospital-dia geriátrico.

PRT/GM/MS nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999 - DO de 13/12/99

Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

17.18. PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL - PNTN.

PRT/GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001 - DO de 7/6/01

Institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN.

PRT/GM/MS nº 1.069, de 5 de junho de 2002 - DO de 7/6/02

Define mecanismos que possibilitem a ampliação do acesso dos Portadores triados no Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN ao tratamento e acompanhamento das doenças diagnosticadas.

17.19. PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS

PRT/GM/MS nº 262, de 5 de fevereiro de 2002 - DO de 6/2/02

Obriga a inclusão nos Serviços de Hemoterapia públicos, filantrópicos e/ou privados contratados pelo SUS, e privados, os testes de amplificação e detecção de ácidos nucleicos - NAT, para HIV e HCV.

17.20. PROJETO DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO

PRT/GM/MS nº 344, de 19 de março de 2002 - DO de 20/2/02

Cria o Projeto de Redução da Morbimortalidade por acidentes de trânsito.

17.21. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DE PRÓSTATA

LEI nº 10.289, de 20 de setembro de 2002 - DO de 24/9/02

Institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata.

18 . PRONTUÁRIO MÉDICO

PARECER DO CFM nº 23, aprovado em 4 de agosto de 1989

Trata da manutenção do prontuário médico original.

RES/CFM nº 1.331, de 21 de setembro de 1989 - DO de 25/9/89

Determina que o prontuário médico é documento de manutenção permanente pelos estabelecimentos de saúde.

PARECER DO CFM nº 16, aprovado em 12 de julho de 1990

Estabelece critérios mínimos para elaboração de prontuários médicos.

PARECER DO CFM nº 24, aprovado em 11 de agosto de 1990

Reafirma o princípio do sigilo profissional sobre prontuários médicos.

PARECER DO CFM nº 03, aprovado em 12 de fevereiro de 1993

Dispõe sobre o arquivamento de prontuários médicos.

PARECER DO CFM nº 14, aprovado em 16 de setembro de 1993

Autoriza a utilização da informática na elaboração de prontuários médicos.

PARECER DO CFM nº 2, aprovado em 13 de janeiro de 1994

Estabelece que o acesso ao prontuário médico, pelo médico perito, para efeito de auditoria, deve ser feito dentro das dependências da instituição responsável pela sua posse e guarda.

PARECER DO CFM nº 7, aprovado em 10 de março de 1994

Estabelece o direito ético de tomar conhecimento de assuntos referentes à saúde de trabalhadores.

PARECER DO CFM nº 16, aprovado em 10 de junho de 1994

Estabelece relação entre o Estatuto da Criança e do Adolescente e o tempo de arquivamento de prontuários de crianças.

RES/CFM nº 1.466, de 13 de setembro de 1996 - DO de 17/9/96

Dispõe sobre acesso ao prontuário médico para efeito de auditoria.

LEI FEDERAL nº 9.454, de 7 de abril de 1997 - DO de 8/4/97

Institui o número único de Registro de Identidade Civil e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 2.094, de 26 de fevereiro de 1998 - DO de 4/3/98

Dispõe sobre a emissão do Cartão do Sistema Único de Saúde Municipal. Republicada no DO de 4/3/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 3.951, de 26 de novembro de 1998 - DO de 2/12/98

Dispõe sobre a emissão do Cartão do Sistema Único de Saúde - Cartão SUS, com numeração nacional.

19 . PROTOCOLOS E REGULAMENTOS

PRT/GM/MS nº 82, de 3 de janeiro de 2000 - DO de 8/2/00

Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos serviços de diálise.

PRT/SAS/MS nº 247 de 14 de julho de 2000 - DO de 17/7/00

Estabelece padrões de referência para adoção de conduta terapêutica de albumina humana no âmbito SUS.

PRT/SAS/MS nº 97, de 22 de março de 2001 - DO de 23/3/01

Aprova protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Esclerose Múltipla.

PRT/SAS/MS nº 263, de 18 de julho de 2001 - DO de 19/7/01

Aprova Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Fibrose Cística.

CONSULTA PÚBLICA SAS nº 01, de 19 de julho de 2001 - DO de 20/7/01

Submete à consulta pública o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Estabelece prazo para sugestões em relação ao Protocolo.

ANVS RES-RDC nº 35, de 19 de julho de 2001 - DO de 20/7/01

Aprova o Roteiro de Inspeção em Serviços de Diálise.

CONSULTA PÚBLICA SAS nº 02, de 7 de agosto de 2001 - DO de 8/8/01

Submete à consulta pública os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que relaciona. Estabelece prazo para apresentação de sugestões relativas às propostas de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.

ANVS RESOL. RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001 - DO de 22/8/01

Aprova Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia.

PRT/SAS/MS nº 431, de 3 de outubro de 2001 - DO de 5/10/01

Aprova Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Tratamento da Leucemia Mielóide Crônica do Adulto.

CONSULTA PÚBLICA SPS/SAS nº 01, de 20 de outubro de 2001 - DO de 22/10/01

Submete à consulta pública os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

PRT/GM/MS nº 1.970, de 25 de outubro de 2001 - DO de 26/10/01

Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

PRT Conjunta SPS/SAS/MS nº 25, de 4 de fevereiro de 2002 - DO de 5/2/02

Aprova Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que discrimina.

PRT/SAS/MS nº 448, de 8 de julho de 2002 - DO de 10/7/02

Revoga a PRT/SAS/MS nº 74, de 4/5/94, que estabelece a obrigatoriedade da emissão de demonstrativo de alta hospitalar pelos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde.

PRT/GM/MS nº 1.655, de 17 de setembro de 2002 - DO de 18/9/02

Aprova, na forma do anexo, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Tumor do Estroma Gastrointestinal, bem como o modelo de Termo de Consentimento Informado dele integrante.

PRT/GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 - DO de 6/11/02

Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 11, de 5 de novembro de 2002

Sobre os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e seus respectivos Termos de Consentimento Informado.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 10, de 5 de novembro de 2002

Sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Parkinson.

PRT/SAS/MS nº 843, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Demência por Doença de Alzheimer, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 844, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Wilson, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 845, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 846, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Esquizofrenia Refratária, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 847, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Fenilcetonúria, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 848, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hipotireoidismo Congênito, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 849, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Hiperplasia Adrenal Congênita, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 858, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Crohn.

PRT/SAS/MS nº 859, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica.

PRT/SAS/MS nº 860, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite Viral Crônica B.

PRT/SAS/MS nº 861, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Retocolite Ulcerativa.

PRT SAS/MS nº 862, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Tratamento da Neutropenia com Estimuladores de Colônias das Células Progenitoras da Medula Óssea.

PRT/SAS/MS nº 863, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Hepatite Viral Crônica C.

PRT SAS/MS nº 864, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Epilepsia Refratária.

PRT SAS/MS nº 865, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Artrite Reumatóide.

PRT SAS/MS nº 872, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Doença Falciforme.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 12, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Asma Grave.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 13, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Sobre Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Tratamento da Hiperlipidemia em Pacientes de Alto Risco de Desenvolver Eventos Cardiovasculares.

PRT/GM/MS nº 2.222, de 5 de dezembro de 2002 - DO de 6/12/02

Concede, excepcionalmente, na competência de novembro de 2002, recursos adicionais aos destinados ao co-financiamento dos Medicamentos Excepcionais, dos Estados e Distrito Federal, definidos na PRT/GM/MS nº 1.744, de 2/10/02, cujos montantes estão definidos no anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 913, de 25 de novembro de 2002 - DO de 26/11/02

Aprova os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Esclerose Lateral Amiotófica.

PRT/GM/MS nº 2.389, de 20 de dezembro de 2002 - DO de 21/12/02

Aprova o Plano de Trabalho destinando recursos financeiros do orçamento do Ministério da Saúde com a finalidade de montagem e distribuição de kits para atendimento ao Programa Farmácia Penitenciária.

PRT/SAS/MS nº 1.012, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Asma Grave, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.013, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Espaticidade Focal Disfuncional, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.014, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Distonias, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.015, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dislipidemias em pacientes de alto risco de desenvolver eventos cardiovasculares, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.016, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Parkinson, na forma do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 1.017, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Estabelece que as Farmácias Hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde deverão funcionar, obrigatoriamente, sob a Responsabilidade Técnica de Profissional Farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia

PRT/SAS/MS nº 1.018, 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Transplantes Renais - Medicamentos Imunossuppressores: Ciclosporina, Azatioprina, Tacrolimus, Micofenolato Mofetil, Micofenolato Sódico, Sirolimus, Anticorpo Monoclonal Murino Anti CD3 (OKT3), Basiliximab, Daclizumab, Globulina Antilinfocitária, Globulina Antitimocitária, Metilprednisolona, Prednisona, na forma do anexo desta Portaria.

20 . RECURSOS HUMANOS

20.1. CORPO CLÍNICO

RES/CFM nº 1.841, de 8 de agosto de 1997 - DO de 8/9/97

Estabelece diretrizes gerais para a elaboração de Regimentos Internos de Corpo Clínico das Entidades Prestadoras de Assistência Médica no Brasil. Retificada no DO de 2/10/97 por ter saído com incorreções no original.

RES/CFM nº 1.490, de 12 de fevereiro de 1998 - DO de 29/4/98

Define organização da equipe cirúrgica.

20.2. EXERCÍCIO PROFISSIONAL

LEI nº 5.905, de 12 de julho de 1973 - DO de 13/7/73

Dispõe sobre a Criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.

RES/COFEN nº 62, de 23 de fevereiro de 1981

Dispõe sobre a responsabilidade técnica da Enfermagem.

LEI nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - DO de 26/6/86

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

DECRETO nº 94.406, de 8 de junho de 1987 - DO de 9/6/87

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25/6/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências.

RES/CFM nº 1.342, de 8 de março de 1991 - DO de 16/4/91

Determina que a prestação de assistência médica nas instituições privadas ou públicas é de responsabilidade do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil.

RES/CFM nº 1.352, de 17 de janeiro de 1992 - DO de 28/1/92

Permite ao profissional médico assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, ou seja, como Diretor Clínico, em no máximo 2 instituições prestadoras de serviços médicos.

RES/COFEN nº 139, de 31 de janeiro de 1992

Institui a obrigatoriedade de comunicação por escrito de todos os dados de identificação do pessoal de enfermagem.

LEI nº 8.856, de 1 de março de 1994 - DO de 2/3/94

Fixa a jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

RES/CFF nº 261, de 16 de setembro de 1994 - DO de 17/10/94

Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de um farmacêutico responsável para exercer a direção técnica de farmácias e drogarias.

PARECER CFM nº 35, de 13 de setembro de 1995 (Processo Consulta CFM nº 3.738/93)

Versa sobre a abrangência do código de ética dos atos praticados pelo Diretor Administrativo, na área de saúde.

PARECER CFM nº 40, de 19 de novembro de 1995 (Processo Consulta CFM nº 2.426/95)

Dispõe sobre a subordinação hierárquica e autonomia do perito.

PARECER COFFITO nº 7, de 26 de fevereiro de 1996

Estabelece o parâmetro de produtividade de 5 (cinco) pacientes/hora, para atendimento em Fisioterapia.

RES/COFEN 189, de 25 de março de 1996 - DO de 3/7/96

Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Instituições de Saúde.

RES/CNS nº 218, de 6 de março de 1997 - DO de 5/5/97

Reconhece as categorias profissionais consideradas como profissionais de saúde de nível superior. Retificada no DO de 17/12/97. Retificado o item II, no DO de 23/7/98.

RES/CFM nº 1.475, de 11 de junho de 1997 - DO de 17/6/97

Regulamenta a competência profissional para realização de exames audiológicos.

RES/CFM nº 1.482, de 10 de setembro de 1997 - DO de 19/9/97

Autoriza, a título experimental, a cirurgia de transgenitalização.

RES/CFM nº 1.494, de 19 de junho de 1998 - DO de 26/6/98

Autoriza atos de médicos estrangeiros no país, sob supervisão.

PRT/GM/MS nº 1.262, de 15 de outubro de 1999 - DO de 18/10/99

Cria o projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, a seguir denominados PROFAE para ser desenvolvido no período 1999/2003.

RES/COFEN nº 223, de 3 de dezembro de 1999 - DO de 8/12/99

Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na Assistência à Mulher no Colo Gravídico Puerperal.

RES/CFE nº 225, de 28 de fevereiro de 2000 - DO de 2/3/00

Estabelece que é vedado ao profissional de enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas, oriundas de qualquer profissional da área de saúde, através de rádio telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

LEI nº 10.507, de 10 julho de 2002 - DO de 11/7/02

Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 1.017, de 23 de dezembro de 2002 - DO de 26/12/02

Estabelece que as Farmácias Hospitalares e/ou dispensários de medicamentos existentes nos Hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde deverão funcionar, obrigatoriamente, sob a Responsabilidade Técnica de Profissional Farmacêutico devidamente inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia.

20.3. PROJETO E PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NA ÁREA DE ENFERMAGEM - PROFAE

DECRETO nº 3.936, de 24 de setembro de 2001 - DO de 25/9/01

Dispõe sobre a contrapartida do Distrito Federal e dos Estados na celebração de convênios destinado à execução do Curso de Complementação do Ensino Fundamental, na modalidade de educação de jovens e adultos trabalhadores do Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE.

PRT/SIS/MS nº 83, de 8 de outubro de 2001 - DO de 10/10/01

Determina que os Gestores de Contratos do Projeto e Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem - PROFAE atendam as providências que menciona.

20.4. PITS - PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

PRT/GM/MS nº 227, de 16 de fevereiro de 2001 - DO de 19/2/01

Aprova as orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

PRT/GM/MS nº 758, de 16 de abril de 2002 - DO de 19/4/02

Aprova, na conformidade do anexo desta Portaria, a readequação das orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, estabelecidos pela Portaria nº 227, de 16/2/01.

PRT/GM/MS nº 1.695, de 24 de setembro de 2002 - DO de 25/9/02

Aprovar, na conformidade do anexo desta Portaria, as orientações, normas, regulamento e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

21 . REDES ASSISTENCIAIS

21.1. CENTROS DE REFERÊNCIA

PRT/SAS/MS nº 339, de 9 de maio de 2002 - DO de 10/5/02

Aprova, as Normas de Classificação e Cadastramento de Centros de Referência em Oftalmologia.

PRT/GM/MS nº 1.319, de 23 de julho de 2002 - DO de 24/7/02

Cria os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.

21.2. REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA CARDIOVASCULAR

PRT/GM/MS nº 640, de 3 de abril de 2002 - DO de 5/4/02

Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência Cardiovascular.

21.3. REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA EM OFTALMOLOGIA

PRT/GM/MS nº 866, de 9 de maio de 2002 - DO de 13/5/02

Cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

PRT/GM/MS nº 867, de 9 de maio de 2002 - DO de 13/5/02

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores de Glaucoma.

PRT/SAS/MS nº 339, de 9 de maio de 2002 - DO de 10/5/02

Aprova as Normas de Classificação e Cadastramento de Centros de Referência em Oftalmologia.

21.4. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRT/GM/MS nº 320, de 4 de fevereiro de 1994 - DO de 7/2/94

Cria o código de Atendimento Específico Urgência/Emergência.

RES/CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995 - DO de 17/3/95

Resolve que os prontos-socorros públicos e privados deverão ser estruturados para prestar atendimentos em urgência e emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida. Define Urgência e Emergência.

PRT/GM/MS nº 1.692, de 14 de setembro de 1995 - DO de 18/9/95

Institui o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência - IVH-E.

PRT/SAS/MS nº 113, de 4 de setembro de 1997 - DO de 5/9/97

Define condições para internação de Urgência e Emergência.

PRT/GM/MS nº 2.923, de 9 de junho de 1998 - DO de 15/6/98

Institui o programa de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência.

PRT/GM/MS nº 2.925, de 9 de junho de 1998 - DO de 15/6/98

Cria mecanismos para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em atendimento de Urgência e Emergência e descreve os procedimentos passíveis de cobrança. Revogada pela PRT/GM/MS nº 479, de 15/4/99 - DO de 16/4/99.

PRT/GM/MS nº 3.459, de 14 de agosto de 1998 - DO de 17/8/98

Integra os Hospitais Universitários e de Ensino - HUES que recebem FIDEPS aos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimentos de Urgências e Emergências e dá outras providências.

RES/CFM nº 1.529, de 28 de agosto de 1998 - DO de 4/9/98

Aprova a “Normatização da Atividade Médica na Área da Urgência/Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar”, anexa à presente resolução.

PRT/GM/MS nº 3.642, de 18 de setembro de 1998 - DO de 21/9/98

Exige a presença de especialista em cirurgia de mãos nas equipes de Urgências e Emergências.

RES/CSS nº 13, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de Urgência e Emergência.

PRT/GM/MS nº 479, de 15 de abril de 1999 - DO de 16/4/99

Cria mecanismo para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e dá outras providências. Revoga a PRT/GM/MS nº 2.925, de 9/6/98 - DO de 15/6/98.

PRT/GM/MS nº 824, de 24 de junho de 1999 - DO de 25/6/99

aprova o texto de normalização de atendimento pré-hospitalar, constante do anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 727, de 7 de dezembro de 1999 - DO de 8/12/99

Estabelece os procedimentos possíveis de cobrança com o caráter de internação 2, para Hospitais de Referências em Atendimento de Urgência e Emergência, conforme anexo desta Portaria. Altera o anexo da PRT/GM/MS nº 479, de 15/4/99 - DO de 16/4/99.

PRT Conjunta SAS/GM/MS nº 23, de 1 de junho de 2001 - DO de 5/6/01

Estabelece, na forma do anexo I desta Portaria, o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências.

PRT/GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 - DO de 6/11/02

Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

PRT/SAS/MS nº 969, de 11 de dezembro de 2002 - DO de 12/12/02

Aprova e institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o novo modelo do formulário de Registro de Atendimento de Urgência e Emergência, conforme anexo, e tornar obrigatória sua utilização em substituição ao modelo atual utilizado nas recepções dos hospitais de urgência e emergência em todo o País.

21.5. REDES ESTADUAIS DE ASSISTÊNCIA À QUEIMADOS

PRT/GM/MS nº 1.273, de 21 de novembro de 2000 - DO de 23/11/00

Cria mecanismo para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados.

22. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

PRT/Interministerial MEC/MPAS nº 15, de 22 de maio de 1987 - DO de 26/5/87

Estabelece no âmbito do convênio MEC/MPAS, critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desenvolvimento - IVD e atribui o Índice de Valorização Hospitalar - IVH, de acordo com critérios, e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 896, de 29 de junho de 1990 - DO de 2/7/90

Incumbe o INAMPS de implantar o Sistema de Informação Hospitalar do SUS - SIH/SUS.

RES/INAMPS nº 227, de 27 de julho de 1990 - BS/DG de 31/7/90

Regulamenta a implantação de SIH/SUS através do SAMHPS. Republicada no BS/DG de 2/8/90.

RES/INAMPS nº 228, de 1 de agosto de 1990 - BS/DG de 8/8/90

Regulamenta a implantação do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS.

PRT/GM/MS nº 1.475, de 12 de agosto de 1994 - DO de 17/8/94

Dispõe sobre medidas aplicadas no âmbito do MS, em face da malversação, desvio ou aplicação irregular dos recursos financeiros da União alocados ao SUS.

PRT/GM/MS nº 1.695, de 23 de setembro de 1994 - DO de 26/9/94

Estabelece normas gerais sobre a participação preferencial de Entidades Filantrópicas e Entidades sem fins lucrativos no SUS e define o regime de parceria entre o Poder Público e essas Entidades.

PRT/SAS/MS nº 199, de 3 de novembro de 1994 - DO de 4/11/94

Estabelece que os Estados receberão recursos financeiros através do Fundo Estadual de Saúde.

PRT/SAS/MS nº 15, de 2 de março de 1995 - DO de 3/3/95

Dispõe sobre mecanismos gerenciais de programação integrada, controle e avaliação dos serviços prestados ao SUS.

PRT/SAS/MS nº 33, de 4 de maio de 1995 - DO de 5/5/95

Determina que os gestores do SUS (Estadual e Municipal) forneçam aos prestadores segunda via de FCA e FCO, Relatório de Situação Cadastral e da Síntese de Produção Ambulatorial.

PRT/SAS/MS nº 54, de 20 de março de 1996 - DO de 21/3/96

Determina que a utilização do PGFAIH seja destinada exclusivamente para o bloqueio de AIH's que apresentem algum desvio relativo a valor médio e dá outras providências. Revoga a PRT/SAS/MS nº 107, de 18/9/95 - DO de 19/9/95.

RES/CFM nº 1.841, de 9 de agosto de 1997 - DO de 8/9/97

Estabelece diretrizes gerais para a elaboração de Regimentos Internos de Corpo Clínico das Entidades Prestadoras de Assistência Médica no Brasil. Retificada em 2/10/97.

PRT/SAS/MS nº 33, de 24 de março de 1998 - DO de 25/3/98

Publica o modelo padronizado da Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - FCES e anexos I e II com Módulos Básicos e Manual de Instruções respectivamente.

PRT/SAS/MS nº 121, de 13 de agosto de 1998 - DO de 14/8/98

Determina a forma como deverá ser implementado o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.

PRT/SAS/MS nº 209, de 12 de novembro de 1998 - DO de 13/11/98

Mantém no SIA/SUS o BDP para débito nos casos de Revisão Técnico Administrativa/Auditoria e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 130, de 13 de abril de 1999 - DO de 14/4/99

Determina a disponibilização do Sistema Gerencial de Autorização de Internação Hospitalar - SGAIH, como instrumento de controle das internações, ficando suspensa a utilização do PGFAIH, com efeitos a partir da competência de julho de 1999.

PRT/GM/MS nº 1.069, de 19 de agosto de 1999 - DO de 20/8/99

Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde.

PRT/SAS/MS nº 544, de 10 de setembro de 1999 - DO de 17/9/99

Delega aos gestores estaduais e municipais, dependente do prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, competências para autorizar o processamento das AIH que não atingem a faixa etária e o tempo de permanência dos procedimentos da tabela do SIH/SUS, estabelecidos no atos normativos correspondentes.

PRT/SAS/MS nº 98, de 28 de março de 2000 - DO de 30/3/00

Considera a PRT/SAS/MS nº 130, de 13/4/99, que determinou a disponibilização do Sistema Gerencial de Autorização de Internação Hospitalar - SGAIH, como instrumento de controle de internação.

PRT/SAS/MS nº 196, de 7 de junho de 2000 - DO de 9/6/00

Considerando que o tempo determinado no art. 3º, da PRT/SAS/MS nº 98/2000, foi insuficiente para que o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS adequasse o banco de dados da AIH ao Sistema Gerencial de Autorização de Internação Hospitalar - SGAIH.

PRT Conjunta SAS/SE/MS nº 15, de 19 de julho de 2000 - DO 20/7/00

Define características dos “Procedimentos de Recuperação Rápida”. Estabelece que não será permitida a cobrança de diária de permanência a maior na realização dos procedimentos de recuperação rápida em regime de internação hospitalar e define a caracterização de realização desses procedimentos. Estabelece rotina para a realização de procedimentos em unidades de Saúde devidamente cadastradas no SIH/SUS e/ou SIA/SUS e que a cobrança será realizada por meio de APAC/PRR. Enumera requisitos que os hospitais e clínicas deverão disponibilizar para este tipo de atendimento. Estabelece que o gestor, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, deverá proceder à vistoria in loco para verificação do cumprimento das exigências estabelecidas, para autorização de realização dos procedimentos de recuperação rápida em regime de internação hospitalar e ambulatorial pelas unidades prestadoras de serviços do SUS. Exclui e inclui procedimentos da tabela SIA/SIH/SUS. Redefine valores e estabelece que os procedimentos que relaciona passam a não gerar internação, devendo ser lançados no campo “Serviços Profissionais - SP da AIH”.

PRT/SAS/MS nº 376, de 3 de outubro de 2000 - DO de 4/10/00

Aprova ficha cadastral dos estabelecimentos de saúde e o manual de preenchimento, bem como a criação de Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

PRT/SAS/MS nº 403, de 21 de outubro de 2000 - DO 23/10/00

Cria o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

PRT/SAS/MS nº 511, de 29 de dezembro de 2000 - DO de 4/1/01

Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde - FCES. Republicado no DO de 19/6/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 17, de 4 de janeiro de 2001 - DO de 5/1/01

Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação.

PRT Conjunta SAS/GM/MS nº 23, de 1 de junho de 2001 - DO de 5/6/01

Estabelece, na forma do anexo I desta Portaria, o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências.

PRT/SAS/MS nº 423, de 9 de julho de 2002 - DO de 25/6/02

Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS.

DECRETO nº 3.877, de 24 de julho de 2001 - DO 25/7/01

Institui o Cadastramento Único os Programas Sociais do Governo.

PRT/SAS/MS nº 515, de 6 de novembro de 2001 - DO de 7/11/01

Determina às unidades cadastradas no SUS e classificadas como CACON I, II, III ou ainda como Serviço Isolado de Quimioterapia que, ao Utilizarem qualquer dos procedimentos estabelecidos na PRT/SAS/MS nº 432, de 3/10/01, enviem ao Instituto Nacional de Câncer/INCA cópia da respectiva APAC - I.

PRT/SAS/MS nº 589, de 27 de dezembro de 2001 - DO de 28/12/01

Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC.

PRT/SAS/MS nº 292, de 26 de abril de 2002 - DO de 27/4/02

Reitera que as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, dependendo das competências e prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, poderão, a qualquer tempo, dentro das necessidades e disponibilidades, reincluir no cadastro do SIH/SUS os Estabelecimentos de Saúde que manifestem interesse em participar do SUS ou que tiverem a situação regularizada.

PRT/SIS/MS nº 33, de 24 de junho de 2002 - DO de 25/6/02

Estabelece que, em caráter excepcional, e até que seja regularizado o fluxo entre a Caixa Econômica Federal e o Ministério da Saúde para envio, recepção e validação dos cadastros de usuários, o cálculo das transferências financeiras aos Municípios será feito com base no número de cadastros recebidos pelo Ministério da Saúde.

PRT/SAS/MS nº 767, de 18 de outubro de 2002 - DO de 20/10/02

Ratifica que o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES entra em vigor na competência de outubro de 2002, sendo de responsabilidade de cada Gestor a constante atualização dos dados de seu território, os quais passam a ser de uso dos demais Sistemas de Informações.

PRT/SAS/MS nº 787, de 25 de outubro de 2002 - DO de 26/10/02

Institui, na forma do anexo desta Portaria, o Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a Organização da Rede de Laboratórios Clínicos.

PRT/SAS/MS nº 788, de 25 de outubro de 2002 - DO de 26/10/02

Institui, na forma do anexo desta Portaria, o Manual de Apoio aos Gestores do SUS para a Organização dos Postos de Coleta da Rede de Laboratórios Clínicos.

PRT/SAS/MS nº 929, de 26 de novembro de 2002 - DO de 27/11/02

Determina que, para o Estabelecimento de Saúde proceder à cessão de crédito a pessoas jurídicas ou físicas, conceituadas como estabelecimentos de saúde, pela PRT/SAS/MS nº 511, de 29/12/00, estas deverão igualmente estar cadastradas no CNES e o estabelecimento que a contrata deverá reconhecê-la como seu serviço de terceiros, informando no campo serviços especializados da FCES a condição de “terceiros” e indicando o seu CNPJ/CPF.

PRT/SAS/MS nº 423, de 24 de junho de 2002 - DO de 25/6/02

Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS.

PRT/SAS/MS nº 729, de 10 de outubro de 2002 - DO de 11/10/02

Estabelece indicadores de avaliação, bem como os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência, previsto no item 47 do Capítulo II.3 da NOAS 01/2002, visando à implementação da organização e do funcionamento dos componentes de planejamento, controle, regulação e avaliação assistencial dos Estados e Municípios habilitados, ou que vierem a ser habilitados, na Gestão Plena do Sistema de Saúde pela NOAS/SUS 01/2002.

PRT/SAS/MS nº 988, de 17 de dezembro de 2002 - DO de 18/12/02

Determina a obrigatoriedade da atualização, como ação contínua, do CNES por parte dos estabelecimentos de saúde e gestores, dentro das rotinas do Sistema FCES, assim como da constante transposição desses dados para os sistemas SIA e SIH no caso dos prestadores de serviços ao SUS.

23. SANGUE

LEI nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988

Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 1.376, de 19 de novembro de 1993 - DO de 2/12/93

Normatiza técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue e derivados, modificando a PRT/SAS/MS nº 21, de 9/8/89. Tornado sem efeito o § 2º do item 6.2, pela PRT/GM/MS nº 2.135, de 22/12/94 - DO de 24/12/94.

PRT/SAS/MS nº 163, de 3 de dezembro de 1993 - DO de 6/12/93

Inclui procedimentos hemoterápicos no SIH e SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 49, de 28 de março de 1994 - DO de 30/3/94

Autoriza a algumas instituições o ressarcimento dos exames realizados, no valor atribuído ao código 736-6 (Hemoterapia IV - Módulo Sorológico). Revogada pela PRT/SAS/MS nº 182, de 2/10/96 - DO de 7/10/96.

PRT/GM/MS nº 2.135, de 22 de dezembro de 1994 - DO de 24/12/94

Aprova alterações na PRT/GM/MS nº 1.376, de 19/11/93 - DO de 2/12/93.

PRT/SNVS/MS nº 121, de 24 de novembro de 1995 - DO de 30/11/95

Institui como norma de inspeção para os órgãos de Vigilância Sanitária do SUS, o "Roteiro para Inspeção em Unidades Hemoterápicas".

PRT/SNVS/MS nº 127, de 8 de dezembro de 1995 - DO de 11/12/95

Institui o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas - PNIUH.

PRT/SNVS/MS nº 69, de 14 de maio de 1996 - DO de 20/5/96

Estabelece normas técnicas específicas de bolsas plásticas para coleta de sangue produzidas e/ou utilizadas no país.

PRT/GM/MS nº 1.300, de 27 de junho de 1996 - DO de 28/6/96

Credencia a Fundação Pró-Sangue/Hemocentro de São Paulo para subsidiar as ações da SNVS/MS, atuando como laboratório oficial para o controle da qualidade dos produtos

identificados como “Kits” e reagentes de diagnóstico e dá outras providências. Revogada pela Portaria nº 1.544, de 15/10/97 - DO de 16/10/97.

PRT/GM/MS nº 1.840, de 13 de setembro de 1996 - DO de 16/9/96

Cria o Programa Nacional de Controle de Qualidade Externa em Sorologia para as Unidades Hemoterápicas - PNCQES. Revogados os art. 2º e 3º e o item 2, do seu anexo, pela Portaria nº 1.544, de 15/10/97 - DO de 16/10/97.

PRT/SAS/MS nº 182, de 2 de outubro de 1996 - DO de 7/10/96

Revoga a PRT/SAS/MS nº 49, de 28/3/94 - DO de 30/3/94.

PRT/GM/MS nº 2.009, de 4 de outubro de 1996 - DO de 7/10/96

Complementa os termos da PRT/GM/MS nº 1.376, de 19/11/93 - DO de 2/12/93, que aprova as normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados.

PRT/GM/MS nº 2.419, de 17 de dezembro de 1996 - DO de 19/12/96

Cria o Programa Nacional de Controle de Qualidade dos Medicamentos e Hemoderivados de Uso Humano (PNCQMH). Revogada pela PRT/GM/MS nº 480, de 16/4/99 - DO de 19/4/99.

PRT/GM/MS nº 1.544, de 15 de outubro de 1997 - DO de 16/10/97

Altera a denominação do Programa Nacional de Controle de Qualidade Externa em Sorologia para Unidades Hemoterápico (PNCQES) e dá outras providências. Revoga a PRT/GM/MS nº 1.300, de 27/6/96 - DO de 28/6/96 e os art. 2º e 3º da PRT/GM/MS nº 1.840, de 13/9/96 e o item 2, do seu anexo.

PRT/SAS/MS nº 133, de 3 de novembro de 1997 - DO de 4/11/97

Mantém na tabela de procedimentos do SIA/SUS o procedimento 744 -7 e revoga as demais disposições da PRT/SAS/MS nº 232, de 19/12/96 - DO de 20/12/96 e PRT/SAS/MS nº 98, de 31/7/97 - DO de 4/8/97.

PRT/GM/MS nº 2.814, de 29 de maio de 1998 - DO de 1/6/98

Aprova o regulamento técnico sobre bolsas plásticas e acondicionamento de sangue humano. Republicada no DO de 18/11/98, por ter saído com incorreção no original.

LEI nº 9.695, de 20 de agosto de 1998

Acrescenta incisos ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25/7/90, que dispõe sobre os crimes hediondos, e altera os artigos 2º, 5º e 10 da Lei no 6.437, de 20/8/77, e dá outras providências.

PRT/SNVS/MS nº 950, de 26 de novembro de 1998 - DO de 30/11/98

Aprova o regulamento técnico sobre bolsas plásticas e acondicionamento de sangue humano.

PRT/GM/MS nº 480, de 16 de abril de 1999 - DO de 19/4/99

Revoga a as Portarias nº 2.419, de 17/12/96 e nº 52, de 15/1/98.

PRT/GM/MS nº 1.134, de 17 de novembro de 1999 - DO de 18/11/99

Dispõe sobre a transferência do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e demais atividades relativas a sangue e hemoderivados, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

PRT/GM/MS nº 1.135, de 8 de setembro de 1999 - DO de 10/9/99

Publica a proposta de Projeto de Redução “Regulamento Técnico dos Níveis de Complexidade dos Serviços de Medicamento Transfusional” (Modificação da Resolução GMC nº 11/97).

PRT/GM/MS nº 1.136, de 9 de setembro de 1999 - DO de 10/9/99

Publica a proposta de Projeto de Resolução do “Regulamento Técnico dos Níveis de Complexidade dos Serviços de Medicina Transfusional” (Modificação da Resolução GMC nº 130/96), objetivo da Recomendação nº 12/99 do Subgrupo de Trabalho (SGT) nº 11 Saúde/MERCOSUL. Republicada no DO de 7/10/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 42, de 30 de setembro de 1999 - DO de 5/10/99

Consolida a programação dos recursos destinados ao custeio da Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade.

PRT/ANVS/MS nº 35, de 4 de fevereiro de 2000 - DO de 7/2/00

Credencia os técnicos relacionadas, de nível superior, especializados, que exercem atividades de Vigilância Sanitária, nos órgãos competentes do SUS das Unidades Federadas, para representar a ANVS/MS no desenvolvimento do Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas - PNIUH, em conjunto com os técnicos dos serviços estaduais e/ou municipais de Vigilância Sanitária.

LEI nº 10.205, de 21 de março de 2001

Regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue e seus hemoderivados e dá outras providências.

ANVS RES- RDC nº 149, de 14 de agosto de 2001 - DO de 15/8/01

Estabelece que instituições executoras de atividades hemoterápicas ficam obrigadas a

encaminhar às vigilâncias sanitárias estaduais e municipais o formulário do Sistema de Informação de Produção Hemoterápica - HEMOPROD mensal.

ANVS RES- RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001 - DO de 22/8/01

Aprova Regulamento Técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia.

PRT/GM/MS nº 262, de 5 de fevereiro de 2002 - DO de 6/2/02

Torna obrigatório no âmbito da Hemorede Nacional a inclusão nos Serviços de Hemoterapia públicos, filantrópicos e/ou, privados contratados pelo SUS, e privados, os testes de aplicação e detecção de ácidos nucleicos - NAT, para HIV e HCV, em todas as amostras de sangue de doadores.

PRT/GM/MS nº 263, de 5 de fevereiro de 2002 - DO de 6/2/02

Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

PRT/GM/MS nº 790, de 22 de abril de 2002 - DO de 24/4/02

Normatiza o Plano Nacional de Sangue e Componentes e Hemoderivados.

PRT/GM/MS nº 876, de 8 de maio de 2002 - DO de 10/5/02

Estabelece Consulta Pública para normas do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados.

24 . SAÚDE AMBIENTAL

FUNASA INSTRUÇÃO NORMATIVA nº 1, de 25 de setembro de 2001 - DO de 26/9/01

Regulamenta a PRT/MS nº 1.399, de 15/12/99, no que se refere às competências da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, na área de vigilância ambiental em saúde.

MP nº 33, FUNASA, de 19 de fevereiro de 2002 - DO de 20/2/02

Dispõe sobre os Sistemas Nacionais de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena, cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças - APEC. Obs: Esta MP não está em vigor.

PRT Interministerial MS/ME nº 1.498, de 22 de agosto de 2002 - DO de 23/8/02

Recomendar às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres da poluição tabagística ambiental.

PRT/GM/MS nº 1.575, de 29 de agosto de 2002 - DO de 3/9/02

Consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

25 . SAÚDE INDÍGENA

DECRETO nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 - DO de 28/8/99

Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8/6/92, e nº 1.141, de 19/5/94, e dá outras providências.

LEI nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 - DO de 24/9/99

Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19/9/90, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

PRT/GM/MS nº 543, de 12 de abril de 2001 - DO de 16/4/01

Estabelece normas e procedimentos operacionais para concessão e aplicação de suprimento de fundos especial, para atender às especificidades decorrentes da assistência à saúde indígena.

PRT/GM/MS nº 254, de 5 de fevereiro de 2002 - DO de 6/2/02

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

MP nº 33 FUNASA, de 19 de fevereiro de 2002 - DO de 20/2/02

Dispõe sobre os Sistemas Nacionais de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena, cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças - APEC. OBS: Esta MP não está em vigor.

26 . SAÚDE MENTAL

PRT/SNAS/MS nº 189, de 19 de novembro de 1991 - DO de 11/12/91

Cria grupos de procedimentos na tabela na SIH/SUS, em Saúde Mental. Adota sistemática para internação em Psiquiatria.

PRT/SNAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 - DO de 30/1/92

Estabelece normas para atendimento ambulatorial e hospitalar em Psiquiatria. O item 4.2 foi ampliado pela PRT/SAS/MS nº 147, de 25/8/94 - DO de 29/8/94.

PRT/SAS/MS nº 407, de 30 de dezembro de 1992 - DO de 7/1/93

Autoriza o cadastramento de hospitais nos grupos de procedimentos em Psiquiatria III. Republicada no DO de 5/3/93, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 408, de 30 de dezembro de 1992 - DO de 7/1/93

Inclui no SIH/SUS os grupos de procedimentos em psiquiatria (dez grupos), define condições e prazos.

PRT/SAS/MS nº 88, de 22 de julho de 1993 - DO de 28/7/93

Estabelece critérios de atendimento hospitalar realizado em psiquiatria.

PRT/SAS/MS nº 180, de 28 de dezembro de 1993 - DO de 30/12/93

Retifica o disposto na letra “d” do item 2.1 da PRT/SAS/MS nº 408, de 30/12/92 e inclui os grupos de procedimentos 11 e 12.

PRT/SAS/MS nº 22, de 10 de fevereiro de 1994 - DO de 11/2/94

Define exigência para que a cada 30 dias se faça novo laudo para AIH, limitando a cobrança máxima de 107 dias de internação com a mesma AIH.

RES/CFM nº 1.408, de 8 de junho de 1994 - DO de 14/6/94

Resolve que é da responsabilidade do Diretor Técnico, do Diretor Clínico e dos Médicos Assistentes a garantia de que as pessoas com transtorno mental sejam tratadas com o respeito e a dignidade inerentes à pessoa humana.

RES/CFM nº 1.407, de 8 de junho de 1994 - DO de 15/6/94

Resolve adotar os “Princípios para Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental” e para a melhoria da Assistência à Saúde Mental.

PRT/SAS/MS nº 145, de 25 de agosto de 1994 - DO de 29/8/94

Resolve criar um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental. Republicada no DO de 7/11/94, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 147, de 25 de agosto de 1994 - DO de 29/8/94

Resolve ampliar o item 4.2 da PRT/SNAS/MS nº 224, de 29/1/92 - DO de 30/1/92, que regulamenta os Hospitais Psiquiátricos.

RES/CNS/MS nº 134, de 1 de setembro de 1994 - DO de 15/9/94

Considera a importância da adoção de medidas no sentido da humanização da assistência à saúde mental e apoio às RES/CFM nº 1.407 e nº 1.408 de 8/6/94 e publicadas respectivamente nos DO de 14/6/94 e de 15/6/94.

PRT/SAS/MS nº 66, de 17 de julho de 1995 - DO de 19/7/95

Prorroga o prazo de vigência do grupo de procedimentos 63.100.03.7 - Internação em Psiquiatria III. Teve alterados e revogados itens, através da PRT/SAS/MS nº 15, de 17/1/96 - DO de 18/1/96.

PRT/SAS/MS nº 94, de 24 de agosto de 1995 - DO de 25/8/95

Retifica os itens 4, 5 e 6 da PRT/SAS/MS nº 66, de 17/7/95 - DO de 19/7/95 e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 149, de 7 de dezembro de 1995 - DO de 11/12/95

Estabelece critérios para internação de pacientes grabatários. Altera exigências das PRT/SNAS/MS nº 224, de 29/1/92 - DO de 30/1/92 e nº 88, de 22/7/93 - DO de 28/7/93.

PRT/SAS/MS nº 15, de 17 de janeiro de 1996 - DO de 18/1/96

Altera o item 1 da PRT/SAS/MS nº 66, de 17/7/95 - DO de 19/7/95.

PRT/SAS/MS nº 119, de 12 de julho de 1996 - DO de 15/7/96

Altera a forma de cobrança do quantitativo de diárias dos Grupos de Procedimentos no hospital-dia AIDS e hospital-dia Psiquiatria.

PRT/GM/MS nº 3.902, de 30 de outubro de 1998 - DO de 10/11/98

Inclui a especialidade de Psiquiatria nos incisos IV e V, do art. 2º da PRT/GM/MS nº 2.925 de 9/6/98 - DO de 15/6/98.

RES/CSS nº 11, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

RES/CSS nº 15, de 23 de março de 1999 - DO de 25/3/99

Altera a resolução CONSU nº 11, de 3/11/98. Republicada no DO de 29/3/99, por ter saído com incorreção no original.

RES/ANVS/MS nº 147, de 28 de maio de 1999 - DO de 31/5/99

Publica a atualidade das listas de substâncias sujeitas a controle especial (anexo I) em acordo com o art. 101 do Regulamento Técnico aprovado pela PRT/SAS/MS nº 344, de 12/5/98, republicado no DO de 1/2/99.

PRT/GM/MS nº 1.077, de 24 de agosto de 1999 - DO de 25/8/99

Implanta a programação para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para Áreas de Saúde Mental, financiada pelos Gestores federal e estadual do SUS definindo que transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal.

PRT/GM/MS nº 971, de 3 de julho de 2001 - DO de 4/7/01

Altera as redações dos art. 8º alínea II, 9º, 10 e 12 da Portaria nº 1.077, de 24/8/99, que trata da implantação do Programa para Aquisição dos Medicamentos Excepcionais para a área de saúde mental.

PRT/GM/MS nº 799, de 19 de julho de 2000 - DO de 20/7/00

Institui no âmbito do SUS, o “Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental”. Determina à SAS a estruturação de GT de organização e acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental e a designação dos membros que dele farão parte. Determina às SES e SMS em Plena do Sistema que no prazo de 30 dias estruturem o GT de organização e acompanhamento das ações assistenciais em Saúde Mental e que designem os membros que dele farão parte. Estabelece que a constatação de irregularidades ou do não cumprimento das normas vigentes implicará em instauração de auditoria pelo Ministério da Saúde e oferecimento de denúncia ao Ministério Público.

PRT Conjunta SPS/GM/MS nº 106, de 13 de fevereiro de 2000 - DO de 14/2/00

Cria os Serviços Residenciais em Saúde Mental do âmbito do SUS, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

PRT/GM/MS nº 799, de 19 de julho de 2000 - DO de 20/7/00

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

PRT/GM/MS nº 1.220, 11 de novembro de 2000 - DO 16/11/00

Cria o Cuidador em saúde e os Serviços de Residência Terapêutica de Saúde mental e anexos I, II, III e IV.

LEI nº 10.216, de 6 de abril de 2001 - DO 8/4/01

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental.

PRT/GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002 - DO de 4/2/02

Estabelece as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria.

PRT/GM/MS nº 336, de 19 de março de 2002 - DO de 20/2/02

Estabelece Centros de Atenção Psicossocial: Caps. I, II e III.

LEI nº 10.216, de 6 de abril de 2002 - DO 7/4/02

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

PRT/GM/MS nº 2.103, de 19 de novembro de 2002 - DO de 20/11/02

Homologa o cadastramento dos Serviços de Atenção Psicossocial - CAPS, dos Estados e do Distrito Federal, definidos no anexo, a contar da publicação deste ato.

PRT/SAS/MS nº 1.001, de 20 de dezembro de 2002 - DO de 21/12/02

Homologa os resultados das vistorias realizadas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar - PNASH/Psiquiatria, no período de maio a julho de 2002.

PRT/GM/MS nº 1.467, de 14 de agosto de 2002 - DO de 15/12/02

Constitui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, destinada a avaliar permanentemente o processo de supervisão e reclassificação hospitalar, apreciar recursos quanto às classificações realizadas, propor aperfeiçoamentos no sistema de avaliação, acompanhar a etapa de reestruturação dos hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos.

27. SAÚDE SUPLEMENTAR

LEI nº 9.656, de 3 de junho de 1998 - DO de 4/6/98

Regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde. Alterada pela MPV nº 1.730-8, de 6/1/99 - DO de 7/1/99. Revogada pela MPV nº 1.801-13, de 20/5/99 - DO de 21/5/99, os § 1º e 2º do art. 5º, os art. 6º e 7º, o Inciso VIII do art. 10, o § 2º do art. 16, o § 1º do art. 30 e o § 2º do art. 31.

MPV nº 1.685-1, de 29 de junho de 1998 - DO de 30/6/98

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3/6/98 - DO de 4/6/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências.

PRT/GM/MS nº 3.693, de 29 de setembro de 1998 - DO de 30/9/98

Institui o Sistema de Fiscalização das Operações de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, no âmbito do MS.

DECRETO nº 2.824, de 27 de outubro de 1998 - DO de 28/10/98

Aprova o Regimento Interno do Conselho de Recursos do Sistema Nacional de Seguros Privados, da Previdência Privada Aberta e da Capitalização. Retificado no art. 2º, Incisos I e VI do anexo, no DO de 30/11/98.

RES/CSS nº 2, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Define que doenças e lesões preexistentes são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor à época da contratação de planos ou seguros privados de Assistência à Saúde, de acordo com o art. 11 e o Inciso XII do art. 35 da Lei nº 9.656/98 e dá outras providências.

RES/CSS nº 3, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre a fiscalização da atuação dos operadores de planos e seguros privados de Assistência à Saúde. Retificada no art. 7º, inciso V, no DO de 17/3/99.

RES/CSS nº 4, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre as condições e prazos previstos para adaptação dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica.

RES/CSS nº 5, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre a caracterização de autogestão mediante a Lei nº 9.656 e dentro do segmento Supletivo de Assistência à Saúde no Brasil.

RES/CSS nº 6, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como do limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de Assistência à Saúde.

RES/CSS nº 7, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todos os operadores, inclusive os de autogestão, previstos no art. 1º da Lei nº 9.656/98.

RES/CSS nº 8, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

RES/CSS nº 9, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas, integrantes do SUS.

RES/CSS nº 10, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica e fixa às diretrizes para cobertura assistencial.

RES/CSS nº 11, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

RES/CSS nº 12, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre a cobertura de transplantes e seus procedimentos por parte dos operadores de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

RES/CSS nº 13, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

RES/CSS nº 14, de 3 de novembro de 1998 - DO de 4/11/98

Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.

RES/CSS nº 1, de 3 de novembro de 1998 - DO de 5/11/98

Aprova o Regimento Interno do Conselho de Saúde Suplementar, anexo a esta Resolução.

MPV nº 1.685-6, de 25 de novembro de 1998 - DO de 26/11/98

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3/6/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de Assistência à Saúde e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 233, de 8 de dezembro de 1998 - DO de 9/12/98

Dispõe sobre a documentação e formatação das informações necessárias ao registro provisório dos produtos das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

PRT/SAS/MS nº 245, de 17 de dezembro de 1998 - DO de 18/12/98

Dispõe sobre a rotina de entrega de requerimentos e de concessão de registro provisório dos produtos das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

MPV nº 1.730-8, de 6 de janeiro de 1999 - DO de 7/1/99

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3/6/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 49, de 11 de fevereiro de 1999 - DO de 17/2/99

Estabelece prazo até 31/3/99 para que as operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde encaminhem os modelos de contrato e seus anexos (planos e seguros) cujos registros provisórios foram solicitados ao Ministério da Saúde.

MPV nº 1.801-10, de 25 de fevereiro de 1999 - DO de 26/2/99

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3/6/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

RES/CONSU/MS nº 15, de 23 de março de 1999 - DO de 25/3/99

Altera as Resoluções nº 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14 do CONSU de 3/11/98.

RES/CONSU/MS nº 17, de 23 de março de 1999 - DO de 25/3/99

Dispõe sobre os agravos a que se refere a Resolução CONSU nº 2, de 3/11/98.

RES/CONSU/MS nº 18, de 23 de março de 1999 - DO de 25/3/99

Dispõe sobre o rito e os prazos do processo administrativo para apuração de infrações de penalidade previstas na Lei nº 9.656/98. Republicada no DO de 29/3/99, por ter saído com incorreção no original.

RES/CONSU/MS nº 19, de 23 de março de 1999 - DO de 25/3/99

Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de plano ou seguros

de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados.

RES/CONSU/MS nº 20, de 23 de março de 1999 - DO de 7/4/99

Dispõe sobre a regulamentação do art. 30, da Lei nº 9.656/98.

RES/CONSU/MS nº 21, de 23 de março de 1999 - DO de 7/4/99

Dispõe sobre a regulamentação do art. 31, da Lei nº 9.656/98.

MPV nº 1.801-13, de 20 de maio de 1999 - DO de 21/5/99

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3/6/99, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Revoga os § 1º e 2º do art. 5º, os art. 6º e 7º, o Inciso VIII do art. 10 e o § 2º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 3/6/98.

MPV nº 1.908-15, de 29 de junho de 1999 - DO de 30/6/99

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3/6/99, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 260, de 18 de junho de 1999 - DO de 21/6/99

Cancela, de acordo com o art. 4º da PRT/SAS/MS nº 49, de 11/2/99, os provisórios dos planos e seguros privados de assistência à saúde relacionados no anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 271, de 24 de junho de 1999 - DO de 25/6/99

Determina que os dados cadastrais das operações de plano de seguros de assistência à saúde, objetos dos art. 20 e 32 da Lei nº 9.656/98, serão fornecidos ao Ministério da Saúde, de acordo com o dispositivos desta Portaria.

MPV nº 1.908-16, de 28 de julho de 1999 - DO de 29/7/99

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3/6/98, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Ficam convalidados dos atos praticados com base na Medida Provisória nº 1.908-15, de 29/6/99. Ficam revogados os §1º e 2º do art. 5º, os art. 6º e 7º, o Inciso VIII do art. 10, o § 2º do art. 16 e o § 2º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 3/6/98.

MPV nº 1.908-17, de 27 de agosto de 1999 - DO de 28/8/99

Altera dispositivos da Lei nº 9.656, de 3/6/98, que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 506, de 3 de setembro de 1999 - DO de 8/9/99

Estabelece que as empresas que enviaram arquivos sem atender os padrões definidos por meio da PRT/SAS/MS nº 271, portanto rejeitados, deverão enviar, no prazo de 10 (dez) dias após a publicação desta Portaria, os arquivos no padrão definido.

PRT/GM/MS nº 1.306, de 20 de outubro de 1999 - DO de 26/10/99

Institui identificação de servidores que desenvolvem atividades de fiscalização das operadoras de planos e seguros de saúde no âmbito do MS.

RES/CONSU/MS nº 22, de 21 de outubro de 1999 - DO de 28/10/99

Altera as Resoluções CONSU nº 7 e 9/98 que dispõem sobre informações ao Ministério da Saúde, ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a beneficiários de plano privado de assistência à saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. Revoga o art. 5º da Resolução CONSU nº 7 e os art. 8º, 9º, 12, 13 e 14 da Resolução CONSU nº 9, de novembro de 1998.

RES/CONSU/MS nº 23, de 21 de outubro de 1999 - DO de 28/10/99

Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

MPV nº 1.908-19, de 26 de outubro de 1999 - DO de 27/10/99

Altera a Lei nº 9.656, de 3/6/98, que impõe sobre os Planos Privados de Assistências à Saúde, e dá outras providências. Convalida os atos praticados com base na Medida Provisória 1.908-18, de 24/9/99. Revoga os art. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º e 7º, o Inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o § 2º do art. 16, o parágrafo único do art. 20 e o § 2º do art. 31 da Lei nº 9.656, de 30/6/99. Mantém por quarenta e cinco dias as competências dispostas no art. 5º da Lei que trata o caput, de acordo com as diretrizes e reduções publicadas até 22/9/99.

PRT/SAS/MS nº 635, de 11 de novembro de 1999 - DO de 12/11/99

Determina que o processamento do sistema da identificação de beneficiários e as rotinas de cobrança e pagamento referentes ao ressarcimento, serão realizados de acordo com as Resoluções CONSU nº 7/98 e 22/99, na forma estabelecida nesta Portaria.

MPV nº 1.908-20, de 25 de novembro de 1999 - DO de 26/11/99

Altera a Lei nº 9.656, de 3/6/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Ficam revogados os artigos 2º, 3º, 4º, 5º, 6º e 7º, o Inciso VIII do art. 10º, o § 3º do art. 12, o parágrafo único do art. 16, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28º da Lei nº 9.656 de 3/6/98.

MPV nº 1.928, de 25 de novembro de 1999 - DO de 26/11/99

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e das outras providências.

MPV nº 1.976-21, de 10 de dezembro de 1999 - DO de 13/12/99

Altera a Lei nº 9.656, de 3/6/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Ficam revogados os art. 2º, 3º, 4º, 5º, 6º e 7º, o Inciso VIII do art. 10, o § 3º do art. 12, o § 2º do art.16, o parágrafo único do art. 27 e o art. 28 da Lei nº 9.656, de 3/6/98, e a Medida Provisória nº 1.908-20, de 25/11/99.

RES-RDC/ANS/MS nº 3, de 20 de janeiro de 2000 - DO de 24/1/00

Aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários. Republicada no DO de 22/2/00 por ter saído com incorreção no original.

LEI nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 - DO de 29/1/00

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

PRT/GM/MS nº 133, de 17 de fevereiro de 2000 - DO de 18/2/00

Dispõe sobre a subordinação técnica e administrativa das Divisões e Serviços de Saúde Suplementar dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Revogam-se as disposições em contrário, em expedido item II, do art. 2º da Portaria nº 267, de 31/3/99.

RES-RDC/ANS/MS nº 4, de 18 de fevereiro de 2000 - DO de 22/2/00

Dispõe sobre alteração de rotina do registro provisório de produtos e dá outras providências.

RES-RDC/ANS/MS nº 5, de 18 de fevereiro de 2000 - DO de 22/2/00

Aprova normas sobre os procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

RES-RDC/ANS/MS nº 6, de 18 de fevereiro de 2000 - DO de 22/2/00

Dispõe sobre a Taxa de Saúde Suplementar por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária e dá outras providências.

RES-RDC/ANS/MS nº 7, de 18 de fevereiro de 2000 - DO de 22/2/00

Dispõe sobre o plano referência de que trata o art. 10 da Lei nº 9.656, de 3/6/98, com as alterações da Medida Provisória nº 1.976-23, de 10/2/00.

RES-RDC/ANS/MS nº 9, de 18 de fevereiro de 2000 - DO de 22/2/00

Aprova o Regulamento de Licitações e Contratações da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

RES-RDC/ANS/MS nº 10, de 3 de março de 2000 - DO de 10/3/00

Dispõe sobre o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde.

RES-RDC/ANS/MS nº 12, de 29 de março de 1999 - DO de 31/3/00

Dispõe sobre a alteração do Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.

RES-RDC/ANS/MS nº 17, de 30 de março de 2000 - DO de 4/3/00

Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. Republicada no DO de 18/4/00, por ter saído com incorreção no original.

RES-RDC/MS nº 18, de 30 de março de 2000 - DO de 4/4/00

Regulamenta o ressarcimento do SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/98, de 3/6/98. Republicado no DO de 5/4/00, por ter saído com incorreção no original.

RES-RE nº 1, de 30 de março de 2000 - DO de 4/4/00

O processamento do sistema da identificação de beneficiários e as rotinas de cobrança e pagamento referentes ao ressarcimento serão realizados de acordo com as disposições da Lei nº 9.656 e sua regulamentação, na forma estabelecida nesta Resolução. Republicado no DO de 5/4/00, por ter saído com incorreção no original.

RES-RE nº 2, de 30 de março de 2000 - DO de 4/4/00

A apuração do ressarcimento devido iniciar-se-á com base no processamento das AIH apresentadas pelas unidades integrantes do SUS aos Gestores respectivos a partir do mês de competência de setembro de 1999. Republicada no DO de 5/4/00 por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 118, de 10 de abril de 2000 - DO de 11/4/00

Considerando a necessidade de proceder ressarcimento ao SUS dos atendimentos prestados aos titulares e seus dependentes, beneficiários de planos privados de assistência à saúde, previsto pelo art. 9.656/98, de 3/6/98, regulamentada pela Resolução RDC nº18, de 30/3/00.

PRT/SAS/MS nº 131, de 26 de abril de 2000 - DO de 27/4/00

Estabelece os fluxos do processo de impugnações, apresentadas pelas operadoras e Planos Privados de Assistências à Saúde ao Ministério da Saúde, decorrentes do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS. Retificado na PRT/SAS/MS nº 131, de 26/4/00 - DO de 27/4/00. Onde se lê: “art. 11”, leia-se: “art. 10”.

RES-RE/ANS nº 3, de 25 de abril de 2000 - DO de 27/4/00

O processamento do ressarcimento iniciar-se-á com a emissão dos avisos as operadoras e aos gestores habilitados, os quais serão disponibilizados até o dia 28/4/00, referentes às AIH apresentadas no mês de competência de março de 2000. Republicada no DO de 22/2/00, por ter saído com incorreção no original.

RES-RDC nº 23, de 6 de junho de 2000 - DO de 7/6/00

Altera a Resolução RDC nº 10, de 3/3/00, inclui ficha de compensação, estabelece padronização para o envio de informações que menciona e dá outras providências. Republicada no DO de 8/6/00, por ter saído com incorreção no original.

LEI nº 10.223, de 15 de maio de 2001 - DO de 16/5/01

Altera Lei nº 9.656/98, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

RES-RN/ANS nº 4, de 19 de abril de 2002 - DO de 22/4/02

Fala sobre os débitos tributários e não tributários, relativos à Taxa de Saúde Suplementar - TSS.

RES-RN/ANS nº 5, de 19 de abril de 2002 - DO de 22/4/02

Fala sobre os processos de ressarcimento ao SUS relativos aos beneficiários com atendimentos identificados com base nos procedimentos anteriores previstos na Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 62, de 20/3/01.

RES-RN/ANS nº 07, de 19 de abril de 2002 - DO de 22/4/02

Dispõe sobre a Arrecadação de Receitas da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

RES-RN/ANS nº 09, de 26 de junho de 2002 - DO de 27/6/02

Atualiza o Rol de Procedimentos Odontológicos instituído pela Resolução CONSU nº 10, de 3/11/98 e alterado pela RDC nº 21 de 12/5/00 e dá outras providências.

RES-RN/ANS nº 12, de 9 de setembro de 2002 - DO de 10/9/02

Altera a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP constante do anexo da Resolução RDC nº 17, de 30/3/00.

RES- RN/ANS nº 13, de 27 de setembro de 2002 - DO de 28/9/02

Revoga a Resolução RN nº 12, de 6/9/02, que altera a Tabela Única de Equivalência de Procedimentos - TUNEP constante do anexo da Resolução RDC nº 17, de 30/3/00.

RES-RN/ANS nº 15, de 4 de novembro de 2002 - DO de 05/11/02

Dispõe sobre a atualização do elenco de procedimentos e o reajuste de valores da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, aprovada pela Resolução RDC nº 17, de 30/3/00.

RES-RN/ANS nº 19, de 12 de dezembro de 2002 - DO de 13/12/02

Dispõe sobre a Revisão Técnica dos planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

RES-RN/ANS nº 20, de 13 de dezembro de 2002 - DO de 14/12/02

Dispõe sobre as condições gerais para a elaboração dos formulários de declaração de saúde vinculados a contratos de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

RES-RN/ANS nº 21, de 13 de dezembro de 2002 - DO de 14/12/02

Dispõe sobre a proteção das informações relativas à condição de saúde dos consumidores de planos privados de assistência à saúde e altera a Resolução RDC nº 24, de 13/6/00.

RES-RN/ANS nº 23, de 31 de dezembro de 2002 - DO de 4/1/03

Dispõe sobre a atualização do elenco de procedimentos e o reajuste de valores da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, aprovada pela Resolução RDC nº 17, de 30/3/00, e alterada pela Resolução RN nº 15, de 30/10/02.

28. SAÚDE DO TRABALHADOR - SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

PRT/Interministerial MPAS/MS nº 11, de 4 de julho de 1995 - DO de 6/7/95
Estabelece em caráter prioritário o Programa Integrado de Assistência ao Acidentado do Trabalho.

RES/CFM nº 1.488, de 11 de fevereiro de 1998 - DO de 6/3/98
Define atividades da assistência médica ao trabalhador.

PRT/GM/MS nº 3.120, de 1 de julho de 1998 - DO de 2/7/98
Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Republicada no DO de 14/7/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 3.908, de 30 de outubro de 1998 - DO de 10/11/98
Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS.

PRT/Interministerial MTE/MPAS/MS nº 1.570, de 29 de agosto de 2002 - DO de 30/8/02
Estabelece como responsabilidade do GEISAT a formulação e o encaminhamento, a cada dois anos, de um Plano de Ação Conjunta na Área de Saúde do Trabalhador para fins de exame e aprovação dos Ministérios que o integram.

PRT/GM/MS nº 1.679, de 19 de setembro de 2002 - DO de 29/9/02
Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

PRT/SAS/MS nº 656, de 20 de setembro de 2002 - DO de 21/9/02
Aprova as Normas para o Cadastramento e Habilitação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST.

PRT/SAS/MS nº 666, de 30 de setembro de 2002 - DO de 2/10/02
Inclui, na Tabela de Serviço/Classificação de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, o serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador.

29 . SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA - SNA

LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - DO de 20/9/90

Prevê a criação do SNA.

LEI nº 8.689, de 27 de julho de 1993 - DO de 28/7/93

Dispõe sobre a extinção do INAMPS e dá outras providências.

DECRETO nº 1.226, de 17 de agosto de 1994 - DO de 18/8/94

Dispõe sobre a transferência de cargos em comissões e funções de confiança do INAMPS, em extinção, para o Ministério da Saúde e dá outras providências.

DECRETO nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 - DO de 29/9/95

Regulamenta o SNA, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em fase de republicação com as alterações propostas. Republicada no DO de 2/10/95, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 2.531, de 14 de dezembro de 1995 - DO de 15/12/95

Estabelece o acompanhamento da execução das ações estabelecidas nos Planos de Trabalho, inclusive as relativos a convênios firmados anteriormente à vigência desta Portaria, será efetuado obrigatoriamente pelo órgão repassador com o apoio da área técnica que o houver analisado e com as informações que forem solicitadas aos órgãos regionais de representação do MS e de suas entidades vinculadas, ou ao SNA, inclusive com verificação in loco se necessário. Republicada no DO de 6/2/96, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 2.094, de 26 de fevereiro de 1998 - DO de 2/3/98

Informa que o Cartão SUS Municipal, emitido pela Secretaria Municipal de Saúde para o Sistema Único de Saúde, deverá ser garantido por cadastro constituído a partir de censo municipal. Republicada no DO de 4/3/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.069, de 19 de agosto de 1999 - DO de 20/8/99

Dispõe sobre proposta de reorganização das Atividades de Controle e Avaliação e de Auditoria no âmbito do Ministério da Saúde.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 1.112, de 29 de setembro de 2000 - DO de 2/10/00

Institui, no Ministério da Saúde, Grupo de Acampamento da Responsabilização - GAR

decorrente das ações levadas a efeito pelo controle externo e interno da Administração e dos reclamos dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

PRT/GM/MS nº 1.122, de 3 de outubro de 2000 - DO de 5/10/00

Altera o art. 3º, § 4º, da PRT/GM/MS nº 662, de 21/5/99.

PRT/GM/MS nº 1.147, de 11 de outubro de 2000 - DO de 16/10/00

Aprova, enquanto se promove a alteração do Decreto nº 3.496, de 1/6/00, as unidades organizacionais dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde nas Unidades Federadas, na forma dos anexos I e II da Portaria. Republicada no DO de 17/10/00, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 19/10/00 por ter saído com incorreção.

PRT/SE/MS nº 2, de 10 de outubro de 2000 - DO de 17/10/00

Dispõe sobre atuação do Departamento Nacional de Auditoria do SUS na realização de auditorias especializadas. As auditorias especializadas realizadas pelo componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS serão executadas obedecendo o estabelecimento na presente Portaria.

PRT Conjunta SIS/GM/MS nº 1.163, de 11 de outubro de 2000 - DO de 20/10/00

Implementa o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS, sob a supervisão da Secretaria Executiva e da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS.

PRT/DENASUS/MS nº 3, de 24 de outubro de 2000 - DO de 26/10/00

Institui o Comitê Coordenador de Auditoria em Oncologia - CCA Oncologia, no âmbito do Departamento de Nacional de Auditoria do SUS, com o objetivo de verificar a adequação, a resolutividade, a quantidade e a conformidade normativa desta especialidade médica disponibilizada à população no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PRT/GM/MS nº 17, de 4 de janeiro de 2001 - DO de 5/1/01

Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde, que passa a compor o banco de dados do SUS. Republicada no DO de 13/2/01, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 16/2/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 244, de 22 de fevereiro de 2001 - DO de 23/2/01

Estabelece prazo de apresentação de resultados de apurações de denúncias.

PRT/GM/MS nº 401, de 29 de março de 2001 - DO de 30/3/01

Dispõe sobre a apuração de denúncias com o funcionamento do SUS. Republicada no DO de 6/4/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 2.266, de 12 de dezembro de 2001 - DO de 14/12/01

Institui o conselho de auditores.

PRT/GM/MS nº 2.209, de 4 de dezembro de 2002 - DO de 5/12/02

Institui o Sistema de Auditoria - SISAUD, no âmbito do SNA.

30 . TABELAS DE PROCEDIMENTOS

30.1. SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS

PRT/SAS/MS nº 119, de 9 de setembro de 1993 - DO de 15/9/93

Inclui no SIA/SUS o código 044-2 - Atendimento Específico para acidente de Trabalho.

PRT/SAS/MS nº 156, de 14 de setembro de 1994 - DO de 22/9/94

Aprova a Tabela Descritiva dos Procedimentos Ambulatoriais.

PRT/GM/MS nº 2.043, de 11 de outubro de 1996 - DO de 14/10/96

Determina a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC, instrumento específico para autorização, cobrança e informações gerenciais dos procedimentos de Alta Complexidade/Custo e do fornecimento de Medicamentos Excepcionais realizados pelas unidades prestadoras de serviços, cadastradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 10, de 20 de janeiro de 1997 - DO de 21/1/97

Altera redação dos Procedimentos 054-0 e 080-9 do SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 138, de 7 de novembro de 1997 - DO de 11/11/97

Cria procedimentos na tabela do SIA/SUS e dá outras providências. Republicada no DO de 8/12/97, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 6, de 23 de janeiro de 1998 - DO de 26/1/98

Define Procedimentos Ambulatoriais passíveis de pagamento de anestesia geral.

PRT/GM/MS nº 2.093, de 26 de fevereiro de 1998 - DO de 3/3/98

Modifica o art. 1º da PRT/GM/MS nº 1.893, de 18/12/97.

PRT/GM/MS nº 3.017, de 19 de junho de 1998 - DO de 22/6/98

Inclui na Tabela do SIH/SUS grupos de procedimentos de Intercorrências Clínicas e Obstétricas em Gestantes de Alto Risco e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 103, de 23 de julho de 1998 - DO de 24/7/98

Permite a inclusão da ciclosporina nos procedimentos para uso dermatológico, em patologias que não respondam ao tratamento convencional.

PRT/GM/MS nº 3.409, de 5 de agosto de 1998 - DO de 6/8/98

Institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, define os Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade (anexo I) e institui a Ficha de Cadastro de Hospitais Participantes dos SIPAC's (anexo II). Republicada no DO de 9/8/98, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 142, de 1 de setembro de 1998 - DO de 2/9/98

Inclui medicamentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS. Retificada no DO de 9/9/98.

PRT/SAS/MS nº 145, de 2 de setembro de 1998 - DO de 14/9/98

Exclui da tabela de procedimentos do SIA/SUS os procedimentos de Quimioterapia e Radioterapia, os quais relaciona e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 23, de 28 de janeiro de 1999 - DO de 29/1/99

Inclui na tabela de procedimentos do SIA/SUS o procedimento relacionado, referente ao atendimento de DST/AIDS. Alterada pela PRT/SAS/MS nº 229, de 26/5/99 - DO de 31/5/99.

PRT/SAS/MS nº 35, de 4 de fevereiro de 1999 - DO de 5/2/99

Adequa as diretrizes do SIA/SUS, redefine os instrumentos/documentos a serem utilizados pelo Sistema, conforme seus anexos I e II, e dá outras providências. Republicada no DO de 23/4/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 267, de 23 de junho de 1999 - DO de 25/6/99

Exclui da Tabela de Classificação do Serviços de Hemoterapia as classificações de códigos 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45 e define nova classificação. Republicada no DO de 9/8/99, por ter saído com incorreção no original. Retificada no DO de 2/7/99, por ter saído com incorreção no original. Retificada no DO de 16/8/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 13, de 29 de junho de 1999 - DO de 30/6/99

Cria, nas Tabela de Serviços e de Classificação do Serviço do SIA/SUS, Serviço de Atenção à Tuberculose e sua classificação.

PRT/SAS/MS nº 295, de 15 de julho de 1999 - DO de 16/7/99

Altera a redação dos Procedimentos da tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, conforme especifica. Retificada no DO de 2/8/99.

PRT/SAS/MS nº 409, de 5 de agosto de 1999 - DO de 6/8/99

Implanta a Sistemática de Autorização de procedimentos de alta complexidade/custo - APAC para o fornecimento de todos os medicamentos excepcionais constantes da tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT/GM/MS nº 1.230, de 14 de outubro de 1999 - DO de 18/10/99

Implanta no SIA/SUS, a tabela de procedimentos com estrutura de codificação de 8 dígitos, constantes do anexo desta Portaria. Republicada no DO de 11/11/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.327, de 11 de dezembro de 1999 - DO de 16/11/99

Inclui a Densitometria Óssea, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo para sua indicação os critérios clínicos relacionados.

PRT/GM/MS nº 1.464, de 22 de dezembro de 1999 - DO de 24/12/99

Cria, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, no campo 36 - medicamentos, o subgrupo 28 - antivirais. Republicada no DO de 24/2/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 55, de 23 de dezembro de 1999 - DO de 24/12/99

Inclui na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS os procedimentos que relaciona. Republicada no DO de 24/12/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 9, de 13 de janeiro de 2000 - DO de 14/1/00

Determina que, a contar da competência de fevereiro de 2000, o conjunto de procedimentos que compõem a Atenção Básica da tabela do SIA/SUS passe a vigorar como referência de código e nomenclatura de procedimentos, preservando sua estrutura e consistência, sem fixação de valor.

PRT/SAS/MS nº 14, de 17 de janeiro de 2000 - DO de 18/1/00

Altera a tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 41, de 9 de fevereiro de 2000 - DO de 10/2/00

Exclui procedimentos nela relacionados e inclui o procedimento de Traumatologia-Ortopedia indicado.

PRT/SAS/MS nº 53, de 18 de fevereiro de 2000 - DO de 21/2/00

Altera a redação do procedimento de código 36.101.01.0 - Deferoxamina 500 mg injetável, em relação a CID 10.

PRT/SAS/MS nº 55, de 18 de dezembro de 2000 - DO de 21/2/00

Inclui na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS os procedimentos que relaciona.

PRT/SAS/MS nº 169, de 22 de maio de 2000 - DO de 23/5/00

Inclui na tabela do SIA/SUS, autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade no art. I desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 170, de 26 de maio de 2000 - DO de 29/5/00

Altera na tabela de procedimento do Sistema de Informação Ambulatorial do SIA/SUS, os valores dos procedimentos discriminados, constantes do subgrupo 11.016.000 - Bioquímica VI - controle de Drogas.

PRT/GM/MS nº 639, de 21 de junho de 2000 - DO de 26/6/00

Inclui os medicamentos Interferon e Ribavirina na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SUS.

PRT/SAS/MS nº 238, de 13 de julho de 2000 - DO de 14/7/00

Inclui nas tabelas de serviços do SIA/SUS os códigos abaixo discriminados.

PRT Conjunta SAS/SE/MS nº 15, de 19 de julho de 2000 - DO 20/7/00

Define características dos "Procedimentos de Recuperação Rápida". Estabelece que não será permitida a cobrança de diária de permanência a maior na realização dos procedimentos de recuperação rápida em regime de internação hospitalar e define a caracterização de realização desses procedimentos. Estabelece rotina para a realização de procedimentos em unidades de Saúde devidamente cadastradas no SIH/SUS e/ou SIA/SUS e que a cobrança será realizada por meio de APAC/PRR. Enumera requisitos que os hospitais e clínicas deverão disponibilizar para este tipo de atendimento. Estabelece que o gestor, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, deverá proceder à vistoria in loco para verificação do cumprimento das exigências estabelecidas, para autorização de realização dos procedimentos de recuperação rápida em regime de internação hospitalar e ambulatorial pelas unidades prestadoras de serviços do SUS. Exclui e inclui procedimentos da tabela SIA/SIH/SUS. Redefine valores e estabelece que os procedimentos que relaciona passam a não gerar internação, devendo ser lançados no campo "Serviços Profissionais - SP da AIH".

PRT/SAS/MS nº 286, de 14 de agosto de 2000 - DO de 15/8/00

Submete a consulta pública as propostas de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas contidas nos anexos desta Portaria.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 19, de 30 de agosto de 2000 - DO de 31/8/00

Determina que os procedimentos da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, constantes do Grupo 28 Radioterapia (por Especificação), independente da procedência dos pacientes, sejam financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação FAEC. Republicada no DO de 29/9/00, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 2/10/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 347, de 21 de setembro de 2000 - DO de 22/9/00

Submete a consulta pública as propostas de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas contidas nos anexos desta Portaria.

PRT Conjunta SAS/SPS/MS nº 1, de 25 de outubro de 2000 - DO de 26/10/00

Cria Grupo de Trabalho para, no prazo de 60 (sessenta) dias, cumprir os objetivos relacionados.

PRT/GM/MS nº 1.220, de 7 de dezembro de 2000 - DO de 8/11/00

Inclui na Tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 - Cuidado em Saúde. Republicada no DO de 13/11/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 433, de 14 de novembro de 2000 - DO de 17/11/00

Inclui procedimentos no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC/SIA. Republicada no DO de 28/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 434, de 14 de novembro de 2000 - DO de 17/11/00

Exclui da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS os procedimentos relacionados. Republicada no DO de 28/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.311 de 29 de novembro de 2000 - DO de 30/11/00

Inclui procedimento na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatórias - SIA/SUS. A cobrança do procedimento de que trata este artigo será efetuada exclusivamente por ambulatórios de hospitais universitários. Republicada no DO de 26/3/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.314 de 30 de novembro de 2000 - DO de 4/11/00

Exclui códigos da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatórios relacionados.

PRT/SAS/MS nº 460, de 6 de dezembro de 2000 - DO de 7/12/00

Inclui no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC/SIA. Republicada no DO de 28/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 469, de 13 de dezembro de 2000 - DO de 14/12/00

Inclui, na Tabela de Atividade Profissional do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, o código 99 - Profissional de Reabilitação.

PRT/SAS/MS nº 509, de 28 de dezembro de 2000 - DO de 29/12/00

Inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, os procedimentos que relaciona.

PRT/SAS/MS nº 510, de 28 de dezembro de 2000 - DO de 29/12/00

Estabelece que os procedimentos constantes do anexo I desta Portaria passam a ser caracterizados como atos médicos, conforme nomenclatura estabelecida no SIA/SUS. Republicada no DO de 19/2/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 49, de 16 de janeiro de 2001 - DO de 17/1/01

Altera, para o primeiro semestre de 2001, os recursos estabelecidos na PRT/GM/MS nº 1.203, de 1/11/00, cujos montantes passam a ser definidos no anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 22, de 22 de janeiro de 2001 - DO de 23/1/01

Aprova, na forma de anexo desta Portaria, o cronograma de transmissão dos arquivos via BBS e relatórios SIA/SUS relativos aos serviços prestados, para o primeiro semestre de 2001.

PRT/SAS/MS nº 57, de 22 de fevereiro de 2001 - DO de 23/2/01

Disponibiliza aos gestores municipais do SUS as faixas numéricas compreendidas entre os subgrupos 80 a 89 de cada grupo de procedimentos, constantes do anexo desta Portaria, a serem utilizadas para expansão das informações dos atendimentos ambulatoriais realizados pelas Unidades Prestadoras de Serviço do SUS.

PRT/SAS/MS nº 65, de 23 de fevereiro de 2001 - DO de 26/2/01

Inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema

Único de Saúde - SIA/SUS, os procedimentos na forma discriminada, exclusivamente utilizados na etapa de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus.

PRT/SAS/MS nº 98, de 22 de março de 2001 - DO de 23/3/01

Inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, em vários grupos (Grupo 36 - Medicamentos, Subgrupo 29 - Esclerose Múltipla), o Nível de Organização 01 - Esclerose Múltipla surto-remissão.

PRT/SAS/MS nº 125, de 19 de abril de 2001 - DO de 20/4/01

Altera a tabela descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, estabelecida pela PRT/GM/MS nº 1.230, de 14/10/99. Republicada no DO de 19/7/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 8, de 26 de abril de 2001 - DO de 30/4/01

Estabelece que passa a ser remunerada por meio do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, exclusivamente a operacionalização da realização dos exames de qualificação de Ácidos Nucléicos - carga viral do HIV contagem de linfócitos TCD4+/CD8+.

PRT/SAS/MS nº 152, de 10 de maio de 2001 - DO de 14/5/01

Inclui na tabela de procedimentos do SIA/SUS novos procedimentos

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 45, de 27 de julho de 2001 - DO de 8/8/01

Inclui na tabela de procedimentos do SIA/SUS, o Procedimento 17.082.19-6 - Detecção da Deficiência Auditiva em escolares triados na 1ª fase da Campanha “Quem Ouve Bem Aprende Melhor”.

PRT/SAS/MS nº 292, de 31 de julho de 2001 - DO de 8/8/01

Inclui, na tabela descritiva do SIA/SUS, Grupo 36 - Medicamentos, Subgrupo 16 - Analgésicos LHRH.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 47, de 13 de agosto de 2001 - DO de 16/8/01

Estabelece critérios técnicos para indicação litotripsia extra corpórea no SIA/SUS. Republicada no DO de 10/9/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 48, de 13 de agosto de 2001 - DO de 14/8/01

Inclui, no Grupo de Procedimentos da tabela do SIA/SUS, o procedimento 08.031.14-2 - Biópsia de Endométrio por Aspiração Manual Intra-Uterina - AMIU.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 49, de 13 de agosto de 2001 - DO de 14/8/01

Inclui, na relação de procedimentos estratégicos do SIA/SUS, o procedimento 08.033.03-0 - Cirurgia de Alta Frequência no Trato Genital Inferior (CAF).

PRT/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001 - DO de 23/8/01

Define, para o Grupo 36 - Medicamentos, da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA, a forma e a redação estabelecidas no Anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 351, de 28 de agosto de 2001 - DO de 30/8/01

Altera o lay-out e a denominação da Ficha de Cadastros de Mantenedora.

PRT/SAS/MS nº 352, de 30 de agosto de 2001 - DO de 31/8/01

Inclui novos Procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 54, de 29 de agosto de 2001 - DO de 31/8/01

Fixa valores de procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS. Republicada no DO de 13/9/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 55, de 29 de agosto de 2001 - DO de 31/8/01

Exclui e Inclui procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS. Republicada no DO de 5/9/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 56, de 29 de agosto de 2001 - DO de 31/8/01

Exclui e Inclui procedimentos da tabela de procedimentos do SIA/SUS. Republicada no DO de 5/9/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 364, de 5 de setembro de 2001 - de 6/9/01

Inclui novos procedimentos na tabela do SIA/SUS. Republicado no DO de 1/10/01, por ter saído com incorreção no original. Retificada no DO de 27/2/02.

PRT/GM/MS nº 1.558, de 6 de setembro de 2001 - DO de 10/9/01

Determina à SAS que inclua, na tabela de procedimentos do SIA/SUS, procedimentos destinados a remunerar processamento/preservação/avaliação microscópica de córnea para transplante realizado por banco de olhos.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 69, de 14 de setembro de 2001 - DO de 17/9/01

Inclui novos procedimentos na relação de Procedimentos Estratégicos do SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 390, de 19 de setembro de 2001 - DO de 21/9/01

Inclui novos procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 392, de 20 de setembro de 2001 - DO de 21/9/01

Altera a Ficha Cadastral de Mantenedora - FCM, de modo a permitir o cadastramento alternado no SIA/SUS de Mantenedores e de Terceiros.

PRT/SAS/MS nº 432, de 3 de outubro de 2001 - DO de 5/10/01

Exclui e Inclui procedimentos da tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT Conjunta SPS/SAS/MS nº 92, de 16 de outubro de 2001 - DO de 17/10/01

Exclui da Tabela de Serviço e Classificação de Serviços do SIA/SUS o Serviço de Controle de Qualidade de Exame.

PRT/SPS/MS nº 32, de 7 de novembro de 2001 - DO de 8/11/01

Inclui novos procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 167, de 8 de março de 2002 - DO de 12/3/02

Altera a tabela de Procedimentos do SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002 - DO de 22/3/02

Inclui e exclui procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT/GM/MS nº 585, de 21 de março de 2002 - DO de 25/3/02

Inclui novos procedimentos na relação de procedimentos estratégicos do SIA/SUS. Republicada no DO de 12/4/02, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 195, de 22 de março de 2002 - DO de 25/3/02

Fixa valores para os procedimentos da Tabela SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 222, de 1 de abril de 2002 - DO de 2/4/02

Inclui novos procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 255, de 12 de abril de 2002 - DO de 16/4/02

Inclui novos procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT/GM/MS nº 877, de 9 de maio de 2002 - DO de 13/5/02

Inclui novos procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 360, de 17 de maio de 2002 - DO de 20/5/02

Altera o procedimento Código 36.211.01-0.

PRT/GM/MS nº 938, de 20 de maio de 2002 - DO de 21/5/02

Inclui, na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS, o código 99.085.01-1 - Incentivo ao Registro Civil de Nascimento.

PRT/GM/MS nº 1.188, de 26 de junho de 2002 - DO de 27/6/02

Altera os valores de remuneração das consultas médicas, constantes do Grupo 7 da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 460, de 17 de julho de 2002 - DO de 18/7/02

Altera o Nível de Hierarquia do procedimento de Código 08.146.16-0.

PRT/GM/MS nº 1.320, de 23 de julho de 2002 - DO de 24/7/02

Inclui o procedimento 11.065.17-6 - HCV - Detecção por Tecnologia Biomolecular de Ácido Ribonucléico (teste quantitativo).

PRT/SAS/MS nº 506, de 12 de agosto de 2002 - DO de 13/8/02

Inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, o procedimento destinado ao incentivo das atividades de avaliação de suficiência e emissão de pareceres técnicos pelas Unidades Hospitalares Referenciais nas áreas de alta complexidade hospitalar da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade.

PRT/SAS/MS nº 569, de 19 de agosto de 2002 - DO de 20/8/02

Altera as Tabelas do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

PRT/GM/MS nº 1.635, de 12 de setembro de 2002 - DO de 13/9/02

Inclui acompanhamento de pacientes no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

CONSULTA PÚBLICA SAS/MS nº 9, de 7 de outubro de 2002- DO de 8/10/02

Proposta de exclusão dos exames laboratoriais da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS.

PRT/SAS/MS nº 728, de 10 de outubro de 2002 - DO de 11/10/02

Exclui e inclui procedimentos na tabela de procedimentos do SIA/SUS e altera descrição de classificação.

PRT Conjunta SPS/SAS/GM nº 230, de 29 de outubro de 2002

Altera as descrições das classificações do Código 024 - Atenção à Tuberculose da tabela de Serviço/Classificação do SIA/SUS, conforme constante do item a do anexo desta Portaria.

PRT/GM/MS nº 2.035, de 4 de novembro de 2002 - DO de 5/11/02

Altera os valores de remuneração dos procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS

PRT/SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002 - DO de 12/12/02

Atualiza, na forma dos anexos I, II, III e IV desta Portaria, os procedimentos de alta complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares - SIA e SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 921, de 25 de novembro de 2002 - DO de 26/11/02

Inclui, na Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, Grupo 36 - Medicamentos, no Subgrupo 35 - Anti-Parkinsonianos.

PRT/SAS/MS nº 988, de 17 de dezembro de 2002 - DO de 18/12/02

Determina a obrigatoriedade da atualização, como ação contínua, do CNES por parte dos estabelecimentos de saúde e gestores, dentro das rotinas do Sistema FCES, assim como da constante transposição desses dados para os sistemas SIA e SIH no caso dos prestadores de serviços ao SUS.

30.2. SIH/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES

PRT/SAS/MS nº 144, de 20 de novembro de 1997 - DO de 24/11/97

Inclui, no Grupo de Procedimentos "Cirurgia de Trompas II" - Código 34.104.02.0 da Tabela do SIH/SUS, o procedimento "Laqueadura Tubária" - Código 34.022.04.0 e dá outras providências. Republicada no DO de 27/11/97, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.892, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97

Incorpora ao Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS a modalidade de Internação Domiciliar.

PRT/GM/MS nº 2.811, de 26 de maio de 1998 - DO de 27/5/98

Incorpora os valores das Tabelas do SIH e SIA/SUS, a partir da competência de junho de 1998, o fator de recomposição de 25%, conforme especifica.

PRT/SAS/MS nº 255, de 23 de dezembro de 1998 - DO de 24/12/98

Altera o valor de Albumina Humana a 20% FR/AMPOLA, de 50ml, na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS. Retificada no DO de 25/1/99, Seção I.

PRT/SAS/MS nº 34, de 4 de fevereiro de 1999 - DO de 5/2/99

Mantém a exclusão dos procedimentos e grupos de procedimentos nela relacionados, na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS. Exclui dois grupos de procedimentos e dá outras providências. Republicada no DO de 31/3/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 48, de 11 de fevereiro de 1999 - DO de 17/2/99

Inclui nos Grupos de Procedimentos da Tabela do SIH/SUS os códigos de procedimentos que especifica e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 85, de 15 de março de 1999 - DO de 17/3/99

Estabelece a obrigatoriedade do procedimento do Módulo Informações sobre Procedimentos de Esterilização, na forma dos anexos desta Portaria e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 212, de 11 de maio de 1999 - DO de 12/5/99

Altera a sistemática de apresentação de Autorização de Informação Hospitalar - AIH em meio magnético para os hospitais integrantes do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, que utilizam sistema próprio de coleta de dados de AIH ou fornecidos por terceiros.

PRT/SAS/MS nº 221, de 14 de maio de 1999 - DO de 17/5/99

Altera, a partir de 1/5/99, os valores para os materiais discriminados, constantes da tabela de Órteses, Próteses e Materiais do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 476, de 18 de agosto de 1999 - DO de 19/8/99

Inclui na Tabela de Atos de Médicos/SADT do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SHI/SUS, o procedimento "cardiotocografia".

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 28, de 20 de agosto de 1999 - DO de 25/8/99

Inclui na tabela de procedimentos especiais do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS os códigos de procedimentos nela relacionados, a serem lançados no campo de serviços profissionais da Alteração de Informação Hospitalar - AIH. Republicada no DO de 23/9/99, por ter saído com incorreção do original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 32, de 9 de setembro de 1999 - DO de 10/9/99
Cria os procedimentos relacionados exclusivos para a Campanha de Cirurgia de Próstata.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 34, de 15 de setembro de 1999 - DO de 17/9/99
Cria os procedimentos relacionados exclusivos para a Campanha de Cirurgia de Varizes.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 44, de 11 de outubro de 1999 - DO de 13/10/99
Inclui na tabela de procedimento de Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, os grupos de procedimentos relacionados e dá outras providências.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 51, de 14 de dezembro de 1999 - DO de 15/12/99
Altera a descrição dos grupos e dos procedimentos que relaciona e os valores das OPM relacionadas na Tabela de ROPM do SIH/SUS.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 52, de 14 de dezembro de 1999 - DO de 15/12/99
Inclui na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, o grupo e o procedimento 31.110.05.3 e 38.048.10.8. Inclui na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SIH/SUS a prótese 93.311.11.7.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 53, de 14 de dezembro de 1999 - DO de 15/12/99
Inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, os grupos e procedimentos 32.101.11-2, 32.032.01-3, 32.101.12-0 e 32.033.01-0 e na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS o material que especifica.

PRT/SAS/MS nº 15, de 17 de janeiro de 2000 - DO de 18/1/00
Altera a tabela de Procedimentos Especiais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 17, de 20 de janeiro de 2000 - DO de 21/1/00
Inclui na tabela do SIH/SUS os procedimentos constantes no anexo desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 65, de 24 de fevereiro de 2000 - DO de 25/2/00
Inclui, na tabela de procedimentos especiais do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, o código de procedimento 99.887.01-0, a ser lançado no campo de serviços profissionais da Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

PRT/SAS/MS nº 66, de 24 de fevereiro de 2000 - DO de 25/2/00

Inclui, na tabela de Procedimentos Especiais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, o medicamento Código 99.886.01-4, a ser lançado no campo de serviços profissionais da Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

PRT/SAS/MS nº 114, de 6 de abril de 2000 - DO de 7/4/00

Altera os valores dos procedimentos constantes do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 155, de 17 de maio de 2000 - DO de 18/5/00

Altera a sistemática de apresentação de Autorização de Internação Hospitalar - AIH em meio magnético, para os hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS que utilizam sistema próprio de coleta de AIH ou fornecidos por terceiros.

PRT/SAS/MS nº 179, de 31 de maio de 2000 - DO de 1/6/00

Altera a Tabela de Procedimento do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 188, de 2 de junho de 2000 - DO de 5/6/00

Inclui na tabela de Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, novos procedimentos relacionados a transplantes.

PRT/SAS/MS nº 201, de 8 de junho de 2000 - DO de 9/6/00

Inclui na Tabela de Órtese e Prótese e Materiais Especiais do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, o Código 93.327.22-6 - Conjunto para Valvoplastia.

PRT Conjunta SAS/SE/MS nº 15, de 19 de julho de 2000 - DO 20/7/00

Define características dos "Procedimentos de Recuperação Rápida". Estabelece que não será permitida a cobrança de diária de permanência a maior na realização dos procedimentos de recuperação rápida em regime de internação hospitalar e define a caracterização de realização desses procedimentos. Estabelece rotina para a realização de procedimentos em unidades de Saúde devidamente cadastradas no SIH/SUS e/ou SIA/SUS e que a cobrança será realizada por meio de APAC/PRR. Enumera requisitos que os hospitais e clínicas deverão disponibilizar para este tipo de atendimento. Estabelece que o gestor, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, deverá proceder a vistoria in loco para verificação do cumprimento das exigências estabelecidas, para autorização de realização dos procedimentos de recuperação rápida em regime de internação hospitalar e ambulatorial pelas unidades prestadoras de serviços do SUS. Exclui e inclui procedimentos da tabela

SIA/SIH/SUS. Redefine valores e estabelece que os procedimentos que relaciona passam a não gerar internação, devendo ser lançados no campo “Serviços Profissionais - SP da AIH”.

PRT/SAS/MS nº 431, de 14 de novembro de 2000 - DO de 16/11/00

Exclui da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, os procedimentos relacionados. Republicada no DO de 29/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 432, de 14 de novembro de 2000 - DO de 17/11/00

Exclui da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, o grupo de procedimentos e os procedimentos existentes nesta Portaria. Republicada no DO de 28/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 435, de 14 de novembro de 2000 - DO de 17/11/00

Exclui da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS o grupo de procedimentos e o procedimento existentes nessa Portaria. Republicada no DO de 28/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 436, de 14 de novembro de 2000 - DO de 17/11/00

Exclui da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS o grupo de procedimentos e os procedimentos existentes nessa Portaria. Republicada no DO de 28/12/00, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.274, de 22 de novembro de 2000 - DO de 23/11/00

Exclui, a partir de 1/3/01, da tabela de procedimentos do SIH/SUS os grupos de procedimentos e procedimentos existentes nessa Portaria. Republicada no DO de 29/12/00, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 26/2/01, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 16/8/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.317, de 30 de novembro de 2000 - DO de 4/12/00

Exclui da tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, a partir da competência de janeiro de 2001, os seguintes grupos e procedimentos relativos a transplantes de medula óssea.

PRT/SAS/MS nº 465, de 7 de dezembro de 2000 - DO de 8/12/00

Inclui no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS a codificação de “Tipo” 30 para profissionais que possuem vínculo empregatício com estabelecimento de saúde.

PRT/SAS/MS nº 22, de 22 de janeiro de 2001 - DO de 23/1/01

Aprova, na forma de anexo desta Portaria, o cronograma de transmissão dos arquivos via BBS e relatórios SIH/SUS relativos aos serviços prestados, para o primeiro semestre de 2001.

PRT/GM/MS nº 92, de 23 de janeiro de 2001 - DO de 24/1/01

Estabelece os procedimentos destinados a remunerar as atividades de busca ativa de doador de órgãos e tecidos, mantendo na tabela do SIH/SUS os grupos de procedimentos abaixo descritos.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 2, de 24 de janeiro de 2001 - DO de 25/1/01

Fixa os valores de serviços profissionais relativos a atos dos médicos para pagamento por meio de rateio de pontos, dos procedimentos cirúrgicos da tabela do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 4, de 23 de fevereiro de 2001 - DO de 26/2/01

Estabelece critérios para a indicação da Litotripsia Extra Corpórea no SIH/SUS e SIA/SUS, de acordo com a orientação do Departamento de Endourologia da Sociedade Brasileira de Urologia.

PRT/SAS/MS nº 101, de 29 de março de 2001 - DO de 30/3/01

Mantém na tabela de procedimentos do SIH/SUS, o código 99.800.52.7.

PRT/GM/MS nº 469, de 6 de abril de 2001 - DO de 9/4/01

Inclui novos procedimentos. Republicada no DO de 16/4/01, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 16/5/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 7, de 23 de abril de 2001 - DO de 24/4/01

Inclui no Grupo 39.117.02-2, Tratamento Cirúrgico no Pé II, constante da tabela de procedimentos do SIH/SUS.

PRT/GM/MS nº 628, de 26 de abril de 2001 - DO de 27/4/01

Aprova, na forma do anexo I desta Portaria, o Protocolo de Indicação de Tratamento Cirúrgico da Obesidade Mórbida - Gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

PRT/SAS/MS nº 145, de 4 de maio de 2001 - DO de 7/5/01

Inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS o Procedimento 07.012.36-5 - Consulta Pré-Anestésica.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 10, de 14 de maio de 2001 - DO de 15/5/01

Inclui na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS o Medicamento ABCIXIMAB.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 13, de 1 de junho de 2001 - DO de 4/6/01

Fixa os valores de serviços profissionais relativos a atos médicos para pagamento por meio de rateio de pontos, nos procedimentos cirúrgicos da Tabela do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 193, de 11 de junho de 2001 - DO de 12/6/01

Fixa o valor do procedimento 38.008.08-4 - Tratamento Cirúrgico Reparador Não Estético de Nariz em cela.

PRT/SAS/MS nº 196, de 11 de junho de 2001 - DO de 12/6/01

Exclui da relação de procedimentos de alta complexidade do SIH/SUS e inclui na relação de procedimentos estratégicos do SIH/SUS outros procedimentos.

PRT/SAS/MS nº 197, de 11 de junho de 2001 - DO de 12/6/01

Inclui na tabela de procedimentos do SIH/SUS vários procedimentos.

PRT/SAS/MS nº 288, de 30 de julho de 2001 - DO de 8/8/01

Inclui novos códigos de procedimentos na tabela de procedimentos e de procedimentos especiais do SIH/SUS.

PRT/GM/MS nº 1.117, de 1 de agosto de 2001 - DO de 6/8/01

Altera valores de procedimentos. Republicada no DO de 24/9/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 305, de 10 de agosto de 2001 - DO de 14/8/01

Exclui da relação de procedimentos de alta complexidade do SIH/SUS e inclui na relação de procedimentos estratégicos do SIH/SUS o procedimento 37.091.01-8 - Microcirurgia Otológica em Pacientes com Deformidades Crânio Faciais.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 48, de 13 de agosto de 2001 - DO de 14/8/01

Inclui no Grupo de Procedimentos 35.100.01-0 - Cirurgia Obstétrica I, da Tabela SIH/SUS.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 47, de 13 de agosto de 2001 - DO de 16/8/01

Estabelece critérios técnicos para indicação de Litotripsia Extra Corpórea no SIH/SUS. Republicada no DO 173-E, de 10/9/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 54, de 29 de agosto de 2001 - DO de 31/8/01

Fixa valores de procedimentos na tabela de procedimentos do SIH/SUS. Republicada no DO de 13/9/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.558, de 6 de setembro de 2001 - DO de 10/9/01

Determina à SAS, que inclua na tabela de procedimentos do SIH/SUS procedimentos destinados a remunerar o processamento/preservação/avaliação microscópica de córnea para transplante realizado por Banco de Olhos.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 67, de 14 de setembro de 2001 - DO de 17/9/01

Exclui da relação de procedimentos de alta complexidade do SIH/SUS constantes da PRT/GM/MS nº 627/01, e inclui na relação de Procedimentos Estratégicos do SIH/SUS o procedimento 33.022.04-6 - Gastroplastia.

PRT/SAS/MS nº 580, de 20 de dezembro de 2001 - DO de 26/12/01

Inclui, exclui e altera grupo de procedimentos.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 10, de 23 de janeiro de 2002 - DO de 25/1/02

Inclui novos procedimentos.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 15, de 26 de fevereiro de 2002 - DO de 27/2/02

Fixa valores e altera a descrição dos procedimentos constantes da tabela do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 143, de 26 de fevereiro de 2002 - DO de 27/2/02

Inclui novos procedimentos na tabela do SIH/SUS.

PRT/GM/MS nº 545, de 18 de março de 2002 - DO de 20/3/02

Inclui novos procedimentos na tabela do SIH/SUS. Republicada no DO de 27/3/02, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002 - DO de 22/3/02

Inclui novos procedimentos na Tabela do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 209, de 25 de março de 2002 - DO de 26/3/02

Altera, na tabela de procedimentos do SIH/SUS, o tempo de permanência de procedimentos.

PRT/GM/MS nº 738, de 12 de abril de 2002 - DO de 16/4/02

Inclui novos procedimentos na tabela do SIH/SUS.

PRT/GM/MS nº 877, de 9 de maio de 2002 - DO de 13/5/02

Inclui o código 99.800.55.1 - Processamento/Preservação/Avaliação Microscópica de Córnea para Transplante.

PRT/GM/MS nº 1.258, de 9 de julho de 2002 - DO de 10/7/02

Redefine valores e aprova a tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS

PRT/GM/MS nº 1343, de 23 de julho de 2002 - DO de 24/7/02

Inclui, na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS, o código de procedimento exclusivamente para cobrança em hospitais integrantes dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco.

PRT/SAS/MS nº 454, de 30 de julho de 2002 - DO de 31/7/02

Regulamenta a realização dos procedimentos relacionados incluídos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS por meio da PRT/GM/MS nº 1.258, de 9/7/02, bem como a utilização das próteses relacionadas no art. 2º desta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 573, de 20 de agosto de 2002 - DO de 21/8/02

Altera a composição do procedimento postectomia.

PRT/SAS/MS nº 637, de 13 de agosto de 2002- DO de 14/9/02

Inclui e exclui procedimentos especiais da tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS.

PRT/GM/MS nº 1687, de 20 de setembro de 2002 - DO de 21/9/02

Inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, os grupos de procedimentos e procedimentos que serão realizados/cobrados, no âmbito do SUS, por Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos que estejam devidamente autorizados pelo Sistema Nacional de Transplantes.

PRT/SAS/MS nº 689, de 4 de outubro de 2002 - DO de 5/10/02

Inclui e exclui procedimentos especiais da tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS.

PRT/GM/MS nº 1901, de 14 de outubro de 2002 - DO de 17/10/02

Altera, na tabela de procedimentos do SIH/SUS o valor do procedimento 36.003.05.0 - Vitrectomia Posterior.

PRT/SAS/MS nº 730, de 14 de outubro de 2002 - DO de 17/10/02

Define alguns procedimentos como de alta compatibilidade, exclui grupos e altera descrições de procedimentos.

PRT/SAS/MS nº 731, de 14 de outubro de 2002 - DO de 17/10/02

Recompõe o procedimento “Colocação de Cateter Duplo J” na tabela de procedimentos do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 732, de 14 de outubro de 2002 - DO de 17/10/02

Inclui procedimentos na tabela SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 733, de 14 de outubro de 2002 - DO de 17/10/02

Inclui, na tabela de procedimentos especiais do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, o procedimento 99.090.01-5.

PRT/SAS/MS nº 734, de 14 de outubro de 2002 - DO de 17/10/02

Recompõe grupo de procedimentos “Hemodinâmica”, altera valor de procedimentos e instrui a compatibilidade de procedimentos especiais.

PRT/SAS/MS nº 851, de 6 de novembro de 2002 - DO de 7/11/02

Mantém, na tabela de procedimentos do SIH/SUS, os grupos 32.101.08-2, 32.101.09-0 e 45.100.02-0, extintos pela PRT/SAS/MS nº 730, de 10/10/02.

PRT/SAS/MS nº 893, de 12 de novembro de 2002 - DO de 13/11/02

Estabelece a nova composição dos grupos de procedimentos na especialidade de ortopedia, do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 918, de 25 de novembro de 2002 - DO de 26/11/02

Altera, na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS, o código do procedimento 99.086.01.8.

PRT/GM/MS nº 2.236, de 5 de dezembro de 2002 - DO de 6/12/02

Inclui, na tabela de procedimentos especiais do SIH/SUS, o procedimento descrito, a ser lançado, exclusivamente, no campo serviços profissionais das AIH de parto normal e/ou cesariana.

PRT/SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002 - DO de 12/12/02

Atualiza, na forma dos anexos I, II, III e IV desta Portaria, os procedimentos de alta complexidade e estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informações Hospitalares - SIA e SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 988, de 17 de dezembro de 2002 - DO de 18/12/02

Determina a obrigatoriedade da atualização, como ação contínua, do CNES por parte dos estabelecimentos de saúde e gestores, dentro das rotinas do Sistema FCES, assim como da constante transposição desses dados para os sistemas SIA e SIH no caso dos prestadores de serviços ao SUS.

30.3. COMPATIBILIDADE ENTRE PROCEDIMENTO E OPM OU CID

PRT/SAS/MS nº 25, de 29 de março de 1995 - DO de 31/3/95

Altera os valores e/ou quantidade dos materiais.

PRT/SAS/MS nº 59, de 27 de março de 1996 - DO de 1/4/96

Publica a compatibilidade entre os produtos constantes na tabela de OPM com o grupo de procedimento 32.101.10.4 - Estudo Eléctro-Fisiológico, Diagnóstico e Terapêutico.

PRT/SAS/MS nº 154, de 30 de agosto de 1996 - DO de 2/9/96

Inclui procedimentos na tabela de compatibilidade do SIH/SUS entre procedimento realizado e materiais utilizados/implantados.

PRT/SAS/MS nº 37, de 4 de fevereiro de 1999 - DO de 5/2/99

Estabelece a compatibilidade entre o material código 93.401.44.2 - Válvula para Hidrocefalia e os procedimentos relacionados, constantes da tabela de procedimentos do SIH/SUS.

PRT/SAS/MS nº 102, de 26 de março de 1999 - DO de 29/3/99

Inclui na tabela de compatibilidade do SIH/SUS os procedimentos e materiais de Órteses e Próteses relacionados nesta Portaria.

PRT/SAS/MS nº 629, de 5 de novembro de 1999 - DO de 8/11/99

Estabelece compatibilidade entre os procedimentos e os materiais que relaciona.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 10, de 23 de janeiro de 2002 - DO de 25/1/02

Inclui na tabela de compatibilidade entre o procedimento realizado e o diagnóstico principal, os diagnósticos possíveis de acordo com a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde.

PRT/SAS/MS nº 143, de 26 de fevereiro de 2002 - DO de 27/2/02

Inclui na tabela de compatibilidade entre o procedimento realizado e o diagnóstico principal, os diagnósticos possíveis de acordo com a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.

3 1 . TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - TRS

PRT/SAS/MS nº 38, de 3 de março de 1994 - DO de 4/3/94

Normatiza o credenciamento de hospitais do SIPAC-Rim. Revogada pela PRT/GM/MS nº 2.042, de 11/10/96 - DO de 14/10/96.

PRT/GM/MS nº 2.042, de 11 de outubro de 1996 - DO de 14/10/96

Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao SUS. Revoga a PRT/SAS/MS nº 38, de 3/3/94 - DO de 4/3/94 e demais disposições em contrário. Itens revogados pela PRT/GM/MS nº 3.407, de 5/8/98 - DO de 6/8/98.

PRT/GM/MS nº 2.043, de 11 de outubro de 1996 - DO de 14/10/96

Determina a implantação da autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC, iniciando por Terapia Renal Substitutiva em janeiro de 1997. Passou a vigorar a partir de 1/4/97 conforme PRT/GM/MS nº 149, de 6/3/97 - DO de 7/3/97.

PRT/SASMS nº 205, de 6 de novembro de 1996 - DO de 8/11/96

Implanta formulários e instrumentos e regulamenta suas utilizações na sistemática de utilização e cobrança ambulatoriais de alta complexidade/custo. Republicada no DO de 22/1/97, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 206, de 6 de novembro de 1996 - DO de 8/11/96

Altera a redação, inclui e exclui procedimentos utilizados nos pacientes em tratamento dialítico e receptores de transplante renal.

PRT/SAS/MS nº 207, de 6 de novembro de 1996 - DO de 8/11/96

Inclui na tabela do SIH/SUS grupo de procedimentos e medicamentos, para atendimento aos pacientes renais crônicos e exclui alguns procedimentos do grupo 31.101.12-7.

PRT/SAS/MS nº 2.400, de 12 de dezembro de 1996 - DO de 17/12/96

Prorroga para março de 1997 a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC de Terapia Renal Substitutiva.

PRT/SAS/MS nº 26, de 20 de fevereiro de 1997 - DO de 21/2/97

Inclui no SIA/SUS a tabela de ocorrências.

PRT/SAS/MS nº 45, de 4 de abril de 1997 - DO de 7/4/97

Mantém a cobrança através do sistema GAP para os kits conjunto de troca - DPAC competência de abril de 1997.

PRT/SAS/MS nº 46, de 4 de abril de 1997 - DO de 7/4/97

Fixa os valores dos códigos dos procedimentos da tabela de valores do SIA/SUS, criados pela PRT/SAS/MS nº 206, de 6/11/96. Republicada no DO de 10/4/97, por ter saído com incorreção no original.

PRT/SAS/MS nº 62, de 8 de maio de 1997 - DO de 12/5/97

Mantém cobrança, através do sistema GAP para os kits conjunto de troca, fornecidos aos pacientes na competência de maio de 1997, com valor fixado pela PRT/SAS/MS nº 103/94.

PRT/SAS/MS nº 90, de 16 de julho de 1997 - DO de 17/7/97

Mantém a cobrança dos kits conjunto de troca fornecidos aos pacientes submetidos a DPAC nas competências de junho, julho e agosto de 1997.

PRT/SAS/MS nº 107, de 22 de agosto de 1997 - DO de 25/8/97

Define e orienta o preenchimento da tela 3 da APAC Meio Magnético (Cobrança de Serviços) devido às diversas situações decorrentes da interrupção da validade da APAC.

PRT/SAS/MS nº 83, de 9 de julho de 1998 - DO de 13/7/98

Mantém a cobrança dos kits conjunto de troca fornecidos aos pacientes submetidos à Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - DPAC, nas competências de maio a setembro de 1998, através do sistema de processamento GAP e dá outras providências.

PRT/SAS/MS nº 168, de 30 de setembro de 1998 - DO de 2/10/98

Mantém a cobrança dos kits conjunto de troca fornecidos aos pacientes submetidos à DPAC, na competência de outubro, através do sistema de processamento GAP e dá outras providências. Revoga a PRT/SAS/MS nº 83, de 9/7/98 - DO de 13/7/98.

PRT/GM/MS nº 3.998, de 9 de dezembro de 1998 - DO de 11/12/98

Implementa no SIA/SUS a identificação das unidades que prestam atendimento em Terapia Renal Substitutiva e dá outras providências, passando a vigorar a partir da competência de janeiro de 1999. Retificada no DO de 24/12/98. Onde se lê: “Art. 3º...unidades ambulatoriais e/ou hospitalares”, leia-se: “Art. 3º...unidades ambulatoriais hospitalares”.

PRT/SAS/MS nº 241, de 16 de dezembro de 1998 - DO de 17/12/98

Identifica, para cada procedimento criado em Terapia Renal Substitutiva, os itens que compõem a tabela do SIA/SUS.

PRT/GM/MS nº 82, de 3 de janeiro de 2000 - DO de 8/2/00

Dispõe sobre o regulamento técnico dos serviços de diálise.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 23, de 23 de setembro de 2000 - DO de 24/9/00

Inclui, na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, os procedimentos descritos.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 55, de 13 de junho de 2002 - DO de 14/6/02

Exclui da tabela de procedimento do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, os procedimentos descritos. Republicada no DO de 31/8/01, por incorreção.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 56, de 13 de junho de 2002 - DO de 14/6/02

Exclui da tabela de procedimento do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, os procedimentos descritos. Republicada no DO de 31/8/01, por incorreção.

ANVS RES-RDC nº 35, de 19 de julho de 2001 - DO 20/7/01

Aprova o Roteiro de Inspeção em Serviços de Diálise.

PRT/SAS/MS nº 393, de 20 de setembro de 2001 - DO de 21/9/01

Faculta ao prestador de serviços de Terapia Renal Substitutiva - TRS, privados e privados sem fins lucrativos, incluindo os universitários, proceder à cessão de seus créditos, a favor de suas empresas fornecedoras.

PRT Conjunta SE/SAS/MS nº 73, de 4 de outubro de 2001 - DO de 5/10/01

Altera a descrição dos procedimentos de códigos e fixa novos valores, em função da remuneração isolada da instalação/manutenção da máquina cicladora para DPA e conjuntos de troca para DPA/DPAC.

PRT/GM/MS nº 1.112, de 13 de junho de 2002 - DO 14/6/02

Determina que os procedimentos da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, do Grupo "Terapia Renal Substitutiva - TRS", cobrados na APAC, sejam financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC/ações estratégicas.

3 2 . TOMADA DE CONTAS ESPECIAL

IN/DTN/MEFP nº 8, de 21 de dezembro de 1990 - DO de 24/12/90

Estabelece normas sobre tomada e prestação de contas dos gestores de recursos públicos.

LEI nº 8.443, de 16 de julho de 1992 - DO de 17/7/92

Dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas da União e dá outras providências.

IN/STN nº 04, de 31 de outubro de 1995 - DO de 9/11/95

Dispõe sobre a atualização dos valores históricos referentes a débitos oriundos de irregularidade ou inadimplência na execução de convênios, acordos ou ajustes.

DECISÃO NORMATIVA/TCU nº 10, de 19 de dezembro de 1995 - DO de 29/12/95

Regulamenta o art. 28 da IN/TCU nº 06/94, no que se refere à formação e entrega dos processos simplificados de Tomada de Contas Especial.

IN/TCU nº 12, de 24 de abril de 1996 - DO de 30/4/96

Estabelece normas de Organizações e Apresentação de Tomada e Prestação de Contas e Rol de Responsáveis e dá outras providências.

IN/TCU nº 13, de 4 de dezembro de 1996 - DO de 11/12/96

Dispõe sobre a Instauração e Organização de Processos de Tomada de Contas Especial e dá outras providências.

IN/TCU nº 18, de 11 de dezembro de 1997 - DO de 16/12/97

Dispõe sobre o valor a partir do qual a Tomada de Contas Especial deverá ser imediatamente encaminhada ao TCU.

IN/TCU nº 20, de 4 de março de 1998 - DO de 9/3/98

Altera o caput do art. 5º da IN/TCU nº 13, de 4/12/96, quanto à forma de deliberação a ser adotada para a fixação da quantia a partir da qual a Tomada de Contas Especial deva ser imediatamente encaminhada ao Tribunal de Contas da União, para julgamento.

33 . TUBERCULOSE

Ver item 17. Programas, Planos, Políticas e Projetos Estratégicos do Ministério da Saúde.
Sub-ítem 17.12. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, página 520.

34 . USUÁRIOS

PRT/SAS/MS nº 74, de 4 de maio de 1994 - DO de 6/5/94

Trata da obrigatoriedade de informar ao usuário do SUS que sua internação foi paga com recursos públicos.

RES/CNS/MS nº 240, de 5 de junho de 1997 - DO de 23/9/97

Define o termo “usuários”.

PRT Conjunta GM/Procuradoria Geral da República nº 1.112, de 29 de setembro 2000 - DO de 2/10/00

Institui, no Ministério da Saúde, grupo de acompanhamento da responsabilização decorrente das ações levadas a efeito pelo controle externo e interno da administração e dos reclamos dos usuários do SUS.

35 . EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

PRT/SNVS/MS nº 151, de 18 de fevereiro de 1998 - DO de 27/2/98

Atualiza áreas geográficas para imunização contra febre amarela.

PRT/FUNASA nº 852, de 30 de setembro de 1999 - DO de 1/10/99

Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI.

PRT/GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999 - DO de 16/12/99

Regulamenta a NOB/SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

PRT/FUNASA nº 410, de 10 de agosto de 2000 - DO de 18/8/00

Aprova o Regimento da Fundação Nacional de Saúde. Republicada em no DO de 29/12/00.

PRT/FUNASA nº 447, de 31 de julho de 2001 - DO de 8/8/01

Dispõe sobre aplicação dos critérios de elegibilidade para projetos destinados ao atendimento de Municípios enquadrados nos critérios do Projeto Alvorada.

PRT/FUNASA nº 473, de 31 de agosto de 2000 - DO de 4/9/00

Institui o Núcleo de Resposta Rápida em Emergências Epidemiológicas - NUREP.

PRT/FUNASA nº 474, de 31 de agosto de 2000- DO de 4/9/00

Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

PRT/FUNASA nº 475, de 31 de agosto de 2001 - DO de 4/9/00

Altera a regulamentação da coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre nascidos vivos para o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Republicada no DO de 7/1/02.

PRT/FUNASA nº 479, de 13 de agosto de 2001 - DO de 15/8/01

Estabelece as diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em áreas indígenas.

FUNASA INSTRUÇÃO NORMATIVA nº 02, de 10 de dezembro de 2001 - DO de 11/12/01

Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças - PPI-ECD.

PRT/GM/MS nº 44, de 3 de janeiro de 2002 - DO de 8/1/02

Define as atribuições do Agente Comunitário de Saúde - ACS na prevenção e no controle da malária e da dengue.

PRT/FUNASA nº 10, de 15 de janeiro de 2002 - DO de 16/1/02

Aprova o Manual de Procedimentos de Segurança em Controle de Vetores, anexo do cap. VIII do Manual de Gestão de Insumos Estratégicos.

PRT/GM/MS nº 262, de 5 de fevereiro de 2002 - DO de 6/2/02

Obriga a inclusão nos serviços de hemoterapia públicos, filantrópicos e/ou privados contratados pelo SUS, e privados, os testes de amplificação e detecção de ácidos nucleicos - NAT, para HIV e HCV.

MP nº 33, FUNASA, de 19 de fevereiro de 2002 - DO de 20/2/02

Dispõe sobre os Sistemas Nacionais de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena, cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças - APEC. Obs: Esta MP não está em vigor.

PRT/GM/MS nº 382, de 1 de março de 2002 - DO de 4/3/02

Ratifica o conteúdo das normas de financiamento de programas e projetos mediante a celebração de convênios, com Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde - Funasa. Republicada no DO de 7/3/02, por ter saído com incorreção no original. Republicada no DO de 11/3/02, por ter saído com incorreção no original.

PRT/FUNASA nº 57, de 12 de março de 2002 - DO de 25/3/02

Aprova a estrutura organizacional do Projeto VIGISUS - Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

PRT/GM/MS nº 1.347, de 24 de julho de 2002 - DO de 26/7/02

Institui o Programa Nacional de Controle da Dengue e dá outras providências.

PRT/FUNASA nº 409, de 12 de setembro de 2002 - DO de 16/9/02

Organiza as sub-redes de diagnóstico e vigilância laboratorial no país, integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica.

PRT/FUNASA nº 410, de 12 de setembro de 2002 - DO de 16/9/02

Divulga relação de órgãos/entidades que possuem laboratórios pré-selecionados para integrar a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica.

PRT/FUNASA nº 435, de 25 de setembro de 2002 - DO de 1/10/02

Altera normas de funcionamento da Comissão Nacional de Saúde do Trabalhador - CONAST e das Comissões Regionais de Saúde do Trabalhador - COREST.

PRT/FUNASA nº 442, de 3 de outubro de 2002 - DO de 8/10/02

Estabelece as obrigações dos partícipes nos convênios de natureza financeira celebrados pela Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências.

PRT/FUNASA nº 663, de 27 de dezembro de 2002 - DO de 6/1/03

Institui o Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária e dá outras providências.

36 . VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PRT/GM/MS nº 1.565, de 26 de agosto de 1994 - DO de 29/8/94

Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, as competências das três esferas de governo e as bases para a descentralização da execução dos serviços e ações inerentes, no âmbito do SUS.

LEI nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997 - DO de 7/1/97

Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar pelos hospitais do país.

PRT/GM/MS nº 1.891, de 18 de dezembro de 1997 - DO de 22/12/97

Determina à Secretaria de Vigilância Sanitária que estabeleça normas complementares para expedição de licenças de funcionamento de estabelecimentos de saúde.

PRT/GM/MS nº 2.283, de 10 de março de 1998 - DO de 11/3/98

Transfere recursos destinados ao incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, para o Fundo Nacional de Saúde.

PRT/SVS/MS nº 453, de 1 de junho de 1998 - DO de 2/6/98

Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção em radiologia e radiodiagnóstico médico e odontológico. Dispõe sobre o uso dos raios X diagnósticos em todo o território nacional e dá outras providências.

PRT/SVS/MS nº 950, de 26 de novembro de 1998 - DO de 30/11/98

Aprova o regulamento técnico sobre bolsas plásticas e o acondicionamento de sangue humano.

LEI nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 - DO de 27/1/99

Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Tem dispositivos alterados pela Medida Provisória nº 2.190/01.

LEI nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 - DO de 11/2/99

Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.

DECRETO nº 3.029, de 16 de abril de 1999 - DO de 19/4/99

Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências.

RES/ANVS nº 89, de 12 de maio de 1999 - DO de 13/5/99

Aprova o modelo de formulação para cadastro de empresas distribuidoras de medicamentos que estejam em situação especial, conforme anexo desta Resolução - Formulários para cadastro de empresa Distribuidoras com Autorização de Funcionamento em andamento e/ou com ação judicial para dispensa de Responsável Técnico Farmacêutico (PRT/SNVS/MS nº 802/98).

RES/Diretoria Colegiada da ANVS/MS nº 237, de 28 de junho de 1999 - DO de 2/7/99

Resolve que, nos termos da MPV 1.912-5, a tabela de desconto das taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária passa a vigorar com a configuração notas indicativas contidas no anexo I desta Resolução.

RES/ANVS nº 464, de 17 de setembro de 1999 - DO de 20/9/99

Dispõe sobre a padronização dos atos normativos, ordinários e correspondências expedidas no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autoridades que expendem, suas finalidades e requisitos formais e dá outras providências.

RES/ANVS Diretoria Colegiada/ADC nº 1, de 1 de outubro de 1999 - DO de 4/10/99

Dispõe sobre o exercício de poder de polícia pelos agentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Republicada no DO de 5/11/99, por ter saído com incorreção no original.

PRT/GM/MS nº 1.241, de 13 de outubro de 1999 - DO de 5/10/99

Transfere as atividades de infecções hospitalares até então desenvolvidas, no âmbito do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas da Secretaria de Políticas de Saúde, pela área correspondente, para serem executadas pela Gerência de Controle de Risco à Saúde, da Diretoria de Serviços e Correlatos, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Revogam-se as disposições em contrário.

RES/ANVS/MS nº 8, de 15 de outubro de 1999 - DO de 18/10/99

Publica que a Gerência Geral de Laboratório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária funciona junto ao Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS, sendo responsável pela Gerência Geral o Diretor do INCQS.

RES/Diretoria Colegiada da ANVS/MS nº 9, de 21 de outubro de 1999 - DO de 22/10/99

Aprova o “Regulamento Técnico para Boas Práticas de Fabricação (BPF) de Bolsas de Sangue” anexo, contendo normas técnicas e condições necessárias para garantir a qualidade das bolsas plásticas para coleta e acondicionamento de sangue humano e seus componentes.

RES/Diretoria Colegiada da ANVS/MS nº 11, de 21 de outubro de 1999 - DO de 22/10/99

Dispõe sobre a alteração do Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

MVP nº 1.849-11, de 26 de outubro de 1999 - DO de 27/10/99

Dispõe sobre a aquisição de produtos para a implementação de ações de saúde na âmbito do Ministério da Saúde.

RES-RCD/Diretoria Colegiada da ANVS/MS nº 16, de 10 de novembro de 1999 - DO de 11/11/99

Dispõe sobre a alteração do Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

PRT/GM/MS nº 1.328, de 11 de novembro de 1999 - DO de 16/11/99

Institui no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, a Comissão Interinstitucional para o Controle dos Distúrbios por deficiência do Iodo.

PRT/GM/MS nº 1.334, de 17 de novembro de 1999 - DO de 18/11/99

Dispõe sobre as transferências do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e demais atividades relativas a sangue e hemoderivados, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

RES-RDC/ANVS/MS nº 23, de 6 de dezembro de 1999 - DO de 7/12/99

Isenta de registro sem prejuízo das demais ações de fiscalização e controle pelos órgãos competentes de Vigilância Sanitária, as substâncias e produtos enquadrados nos grupos que relaciona.

RES-RCD/ANVS/MS nº 12, de 11 de fevereiro de 2000 - DO de 14/2/00

Dispõe sobre a alteração do Regimento Interno da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

RES-RDC/ANVS/MS nº 13, de 11 de fevereiro de 2000 - DO de 14/2/00

Aprova o Regulamento Técnico, anexo a esta Resolução, visando disciplinar o funcionamento das empresas de ortopedia técnica, confecções de palmilhas e calçados ortopédicos e de comércio de artigos ortopédicos, instaladas no território nacional.

PRT/ANVS/MS nº 54, de 21 de fevereiro de 2000 - DO de 23/2/00

Constitui o Comitê Executivo Setorial de Desburocratização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, composto por 2 (dois) representantes de cada diretoria, 1 da procuradoria e 1 da presidência.

PRT Conjunta ANVS/GM/MS nº 174, de 23 de fevereiro de 2000 - DO de 24/2/00

Aprova a sistemática de acompanhamento e avaliação do desempenho da ANVS nos termos do anexo.

RES-RDC/ANVS/MS nº 17, de 24 de fevereiro de 2000 - DO de 25/2/00

Aprova o Regulamento Técnico, em anexo, visando normatizar o regime de medicamentos fitoterápicos junto ao sistema de Vigilância Sanitária. Revoga a PRT/SVS/MS nº 6, de 31/1/95, e outras disposições em contrário. Republicada no DO de 24/4/00, por ter saído com incorreção no original.

MPV nº 2.000-14, de 10 de março de 2000 - DO de 13/3/00

Altera dispositivos da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Ficam revogados o art. 4º do Decreto-Lei nº 986, de 21/10/69, o art. 82 da Lei nº 6.360, de 23/9/76, o art. 3º da Lei nº 9.005, de 16/3/95, o parágrafo único do art. 5º, os incisos XI, XII e XIII do art. 7º, os arts. 32 e 39 e seus parágrafos da Lei nº 9.782, de 26/1/99. Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória nº 2000-13, de 11/2/00.

RES-RDC ANVS/MS nº 29, de 31 de março de 2000 - DO de 3/4/00

Dispõe sobre o sistema de recolhimento da arrecadação de taxa de fiscalização de Vigilância Sanitária e dá outras providências.

RES-RDC/ANVS/MS nº 33, de 19 de abril de 2000 - DO de 24/4/00

Aprova o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Medicamento em Farmácias. Republicado no DO de 8/1/01, por ter saído com incorreção no original.

PRT/ANVS/MS nº 131, de 20 de abril de 2000 - DO de 24/4/00

Considera a necessidade de constante aperfeiçoamento das ações de controle sanitário na área de alimento, visando à proteção da saúde da população.

RES-RDC ANVS nº 40, de 28 de abril de 2000 - DO de 5/5/00

Publica a atualização das listas de substâncias sujeitas a controle especial (anexo I), em

acordo com o art. 101 do Regulamento Técnico aprovado pela PRT/SVS/MS nº 344, de 12/5/00. Republicada no DO de 1/2/99.

RES-RDC ANVS nº 59, de 27 de junho de 2000 - DO de 29/6/00

Determina a todos os fornecedores de produtos médicos o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelas “Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos”, conforme anexo I desta Resolução.

RES-RE ANVS nº 547, de 21 de junho de 2000 - DO de 30/6/00

Publica a relação de medicamentos da empresa Merck S.A Indústrias Químicas submetida a validação documental por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que a partir desta data constituirá a informação oficial da ANVS.

ANVS RES- RDC nº 63, de 5 de julho de 2000 - DO de 7/7/00

Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para terapia de nutrição enteral.

PRT/GM/MS nº 1.008, de 8 de novembro de 2000 - DO de 20/9/00

Defini os recursos federais destinados ao financiamento das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, no ano de 2000, que serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e do Distrito Federal, nos limites fixados do anexo I e com base nos critérios estabelecidos nesta Portaria. Republicada no DO de 2/10/00, seção 1, pág.32, por ter saído com incorreção no original.

RES-RDC/ANVS/MS nº 92, de 23 de outubro de 2000 - DO de 24/10/00

Resolução ANVS nº 510, de 1/10/99, publicada no DO de 4/4/99, e republicada em 18/11/99, passa a vigorar com a redação dada a esta Resolução. Republicada no DO de 26/10/00, por ter saído com incorreção do original.

RES-RDC/ANVS/MS nº 101, de 27 de novembro de 2000 - DO de 28/11/00

Institui o documento de Arrecadação de Receitas Federais - DARF como forma alternativa para recolhimento da taxa de Finalização de Vigilância Sanitária - TFVS.

ANVS RES- RDC nº 72, de 10 de abril de 2001 - DO de 11/4/01

Estabelece normas sobre aplicação e controle dos recursos transferidos fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios, para ações de vigilância sanitária.

ANVS RES- RDC nº 149, de 14 de agosto de 2001 - DO de 15/8/01

Estabelece que instituições executoras de atividades hemoterápicas ficam obrigadas a

encaminhar às vigilâncias sanitárias estaduais e municipais o formulário do Sistema de Informação de Produção Hemoterápica - HEMOPROD mensal.

ANVISA PRT nº 145, de 31 de janeiro de 2001 - DO de 2/2/01

Defini os recursos federais destinados ao financiamento das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, que serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e do Distrito Federal.

LEI nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002 - DO de 14/1/02

Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

INSTRUÇÃO NORMATIVA/ANS nº 3, de 22 de abril de 2002 - DO de 25/4/02

Dispõe sobre operacionalização do processo de ressarcimento ao SUS, nos termos da Resolução Normativa-RN nº 5, de 19/4/02.

este livro foi composto em geneva e andale mono. o miolo foi
impresso em papel reciclado 90 g e a capa em cartão 330 g.