

**MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)**

**O SUS DE A a Z,
Garantindo saúde nos municípios**

**Brasília – DF
2005**

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

O SUS de A a Z

GARANTINDO SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Brasília – DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde.

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

A cessão dos direitos patrimoniais de autor ao Ministério da Saúde é de total responsabilidade da Área Técnica.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

Secretaria Executiva

Departamento de Apoio à Descentralização

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício-Sede,

3º andar, sala 350

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tels: (61) 315 3442 / 315 2649

E-mail: dad@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/dad

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, ala B,

1.º andar, sala 130

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Telefax: (61) 315 2121 / 315 2828

Home page: www.conasems.org.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

344 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0871-4

1. Terminologia 2. Educação em saúde. 3. Disseminação da informação. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Título. III. Série.

NLM WA 15

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0159

Títulos para indexação:

Em inglês: *The SUS from A to Z. Guaranteeing Health Care to all Counties*

Em espanhol: *El SUS de A a Z. Garantizando Salud en los Municipios*

Apresentação

Informação, ferramenta fundamental à boa gestão, 6

Introdução

Para cada desafio, a resposta que lhe cabe, 8

Guia de uso, 12

Tópicos de A a Z

A, 19 B, 41 C, 47 D, 75 E, 87 F, 95 G, 111
H, 117 I, 125 L, 133 M, 139 N-O, 151 P, 157 Q, 189
R, 191 S, 209 T, 235 U, 245 V-Z, 249

Índice temático

Consulta a tópicos, por áreas afins, 256

Anexo 1

Legislações e normatizações do SUS, 266

Anexo 2

Contatos do SUS, 280

Anexo 3

Sistemas de informação em Saúde e bancos de dados, 310

Anexo 4

Redes de cooperação, bibliotecas virtuais e observatórios, 320

Anexo 5

Agenda coletiva do SUS 2005, 326

Equipe técnica, 339

Ficha de avaliação, 343

CD-ROM

Encartado na contracapa, contém as seguintes entradas para consultas:

- Legislações e normatizações do SUS
- Políticas de saúde e instrumentos de gestão
- Plano Nacional de Saúde (PNS)

INFORMAÇÃO, FERRAMENTA FUNDAMENTAL À BOA GESTÃO

O processo de descentralização da gestão do sistema de Saúde, em curso no Brasil, coloca-nos **possibilidades e desafios** que devem ser assumidos de forma solidária pelos três entes federados. A **pluralidade** de contextos vivenciados por nossos municípios e regiões exige que desenhemos políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade. Nessa perspectiva, o papel de cada **gestor municipal** é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas de cada localidade brasileira. A gestão pública, como instrumento de ação política, deve buscar sempre a construção de uma sociedade mais equitativa e democrática.

É fundamental que empenhemos esforços na **qualificação do processo de gestão**, melhorando o rendimento e a efetividade da administração pública, de forma a conseguir implementar políticas que impactem positivamente o perfil da Saúde e a qualidade de vida das populações. É preciso, aqui, considerar a complexidade da tarefa de governar no mundo contemporâneo, global e de poderes compartilhados, em que a realidade se apresenta de forma múltipla e cada vez mais dinâmica, assim como as especificidades do setor Saúde, no que se refere aos processos de decisão, programação, execução e avaliação das ações.

Este manual – construído conjuntamente pelo Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) – é parte desse esforço de qualificação da gestão, objetivando propiciar aos dirigentes do SUS informações essenciais à condução de questões ligadas ao cotidiano das gestões locais. Informar é reduzir as incertezas e oferecer ferramentas que auxiliem na identificação e superação dos problemas. Esperamos que esta publicação seja uma aliada permanente dos gestores municipais, na importante tarefa de consolidar o SUS.

LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE
Presidente do Conasems

HUMBERTO COSTA
Ministro da Saúde

**PARA CADA
DESAFIO,
A RESPOSTA
QUE LHE CABE**

A função de gerir a Saúde, em qualquer esfera institucional, coloca vários desafios que precisam ser enfrentados. E o primeiro deles é, justamente, conseguir dominar toda a complexidade de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao assumir suas atribuições, o gestor se depara com uma **ampla e diversificada gama de situações e problemas**, de diferentes naturezas, que podem ser abordados de maneiras igualmente variadas, dependendo de combinações entre técnicas/métodos e tecnologias/equipamentos disponíveis para a organização dos processos de trabalho, além de uma grande diversidade de itens e recursos com os quais terá de lidar em seu cotidiano.

Cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais. Assim, as estratégias para a melhor condução dos sistemas de Saúde terão que se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e imutável de gestão.

O caminho comum trilhado pelos gestores da Saúde é a busca por soluções que os ajudem a viabilizar o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução das equipes, atendendo aos princípios do SUS. Rompendo com dificuldades herdadas de velhos modelos hierárquicos e estanques, que devem ser substituídos pela noção de pertencimento e “empoderamento” dos sujeitos, será possível a construção de um sistema que contemple ampla participação social e a co-gestão. Um **processo de co-gestão** no qual se pactue a responsabilidade sanitária de cada um, que deve se expressar no compromisso estabelecido entre os entes no processo de enfrentamento dos problemas de saúde, na garantia da atenção às necessidades de saúde da população, em territórios definidos mediante a organização dos serviços e da gestão do sistema.

Uma etapa importante nesse processo é a construção de um Plano Municipal de Saúde (PMS), consoante com os planos Estadual e Nacional de Saúde (preservando a autonomia do gestor local), que seja fruto de pactuação entre os

atores em cena no território e que estabeleça claramente as responsabilidades de cada um, na efetivação do projeto de saúde.

A área da Saúde contempla articulações dentro da agenda de governo e deve ter suas prioridades articuladas com os outros setores da administração. O investimento na equipe de Saúde, que assume junto com o secretário as funções cotidianas de gestão deve privilegiar, em sua composição, as capacidades técnicas e, em sua condução, o trabalho em grupo que potencializa os encaminhamentos e proposições coletivas. Possibilita, ainda, o “matriciamento” das relações e a responsabilização de cada técnico envolvido. Essa estratégia tem mostrado resultados positivos, principalmente se associada à educação permanente dos trabalhadores.

O desenho geral do SUS no território deve orientar as relações entre as unidades de saúde, a compra de serviços (quando necessária) e fortalecer a função de regulação do sistema. Isso oferece ao gestor maior controle sobre a utilização dos recursos disponíveis. O reconhecimento dos “espaços de pactuação” entre gestores, como estratégicos, tem fortalecido o papel das comissões intergestores, em todos os níveis do sistema, e aponta agora para uma nova etapa: a ampliação e a consolidação dos espaços regionais de gestão. Eles são absolutamente necessários porque, para garantir integralidade e equidade na atenção à saúde à sua população, todo município precisará pactuar trocas e reciprocidades com outros municípios vizinhos ou próximos. Seja por não dispor de estrutura suficiente, ou por dispor e acabar, por isso mesmo, sobre-carregado por demandas vindas de fora de seus territórios.

É fundamental a estruturação e a manutenção de uma sistemática permanente de avaliação de desempenho que contribua para um redesenho das estratégias, quando necessário, e que possibilite ao gestor verificar se está alcançando os resultados pretendidos, no que se refere à melhoria das condições de saúde dos seus munícipes.

Outro grande desafio do gestor municipal é a gestão transparente, incluindo população e trabalhadores, com o controle social de um Conselho Municipal de Saúde qualificado, autônomo e representativo. Os gestores da Saúde precisam construir **novos caminhos para a consolidação do SUS**, pois as mo-

dificações vivenciadas pelo setor Saúde, nos últimos anos, aconteceram sob a lógica da descentralização, com o aumento das responsabilidades dos gestores locais e a possibilidade de cada ente assumir as suas responsabilidades sanitárias, na construção de novos desenhos de territórios e novas formas de gestão. Tudo isso, hoje, se expressa no compromisso dos gestores das instâncias federal, estaduais e municipais com a construção de um novo pacto de gestão, que pode representar um salto de qualidade tanto na organização do sistema quanto na atenção à saúde, pela qual tanto se tem lutado.

Para cada desafio, a resposta que lhe cabe, de acordo com as diferentes realidades deste vasto território que compõe o nosso País. Cada gestor estará construindo, de certo modo, um caminho próprio, um jeito particular de desempenhar sua função. Por isso mesmo, esse manual foi planejado sem formas rígidas, sem a inflexibilidade das cartilhas e métodos fechados. O **SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios** pretende ser um instrumento de apoio presente no cotidiano de trabalho do gestor, ajudando-o a compreender os conceitos mais usuais no exercício de sua função e as inter-relações entre as diversas áreas que compõem o sistema. Os conceitos estão dados, a formulação e a implementação é de cada integrante desse coletivo chamado SUS, na busca por uma saúde cada vez melhor para todos os brasileiros.

COMO CONSULTAR ESTE MANUAL?

O manual SUS de A a Z foi elaborado de forma a permitir consultas práticas, abrangendo um universo amplo de assuntos relacionados às ações e serviços de Saúde, no âmbito do SUS. Trata-se de uma publicação com foco voltado especificamente ao gestor municipal, que encontrará nela apoio para sanar dúvidas e orientações preciosas que pretendem auxiliá-lo no encaminhamento de soluções eficazes para os desafios enfrentados no cotidiano da gestão da Saúde. Para facilitar seu uso, os assuntos foram agrupados em tópicos, que se complementam e interagem, resultando numa publicação dinâmica, que pode ser lida a partir de qualquer ponto sem perder a continuidade. Para entender o sistema de indexação (ou seja, a inter-relação entre os tópicos), basta seguir os códigos de cores de ícones especificados abaixo:

Títulos de tópicos

Em cinza – Tópicos cujos textos explicitam o que é ou a que diz respeito, especificamente em Saúde, o assunto tratado.

Em verde – Tópicos remissivos, sem textos explicativos.

Ícones dos tópicos



Como fazer?

Explicita como operacionalizar ou encaminhar a questão tratada no tópico, pela ótica do gestor municipal.



Veja também

Remete a tópicos que tratam de temas complementares.



Para mais informações consulte

Indica onde obter mais informações a respeito do assunto tratado; todas as leis e normatizações indicadas podem ser encontradas no CD-ROM anexo a esta publicação.

Sobre siglas

A consulta deverá ser feita preferencialmente pela primeira palavra que compõe o nome da instituição, programa, política etc. que se pretende localizar. Apenas siglas mais usuais foram tomadas como referência principal de consulta (casos de Humaniza SUS, Quali SUS etc.).

Índice temático

Orienta a consulta remissiva aos tópicos, por afinidade temática

Sobre os anexos

Anexo 1 – Legislações e normatizações do SUS

Relação das principais leis e normatizações do SUS, incluindo as citadas nos tópicos deste manual, por tipo, data e número. Podem ser consultadas na íntegra no CD-ROM encartado nesta publicação.

Anexo 2 – Contatos do SUS

Relação das áreas que compõem o SUS, especificando suas competências e contatos.

Anexo 3 – Sistemas de informação e bancos de dados em Saúde

Relação dos sistemas informatizados de informação e bancos de dados da Saúde brasileira.

Anexo 4 – Redes de cooperação, bibliotecas virtuais e observatórios

Relação das redes de cooperação e listas de discussão em Saúde que sejam de interesse para o gestor municipal, na Internet.

Anexo 5 – Agenda coletiva do SUS 2005

Contém datas de eventos relativos ao SUS.

Sobre o CD-ROM

Contém as seguintes entradas para consultas:

- **Legislações e normatizações do SUS**

Textos integrais das principais leis, portarias e resoluções do SUS, incluindo as citadas nos tópicos deste manual.

- **Políticas de Saúde e instrumentos de gestão**

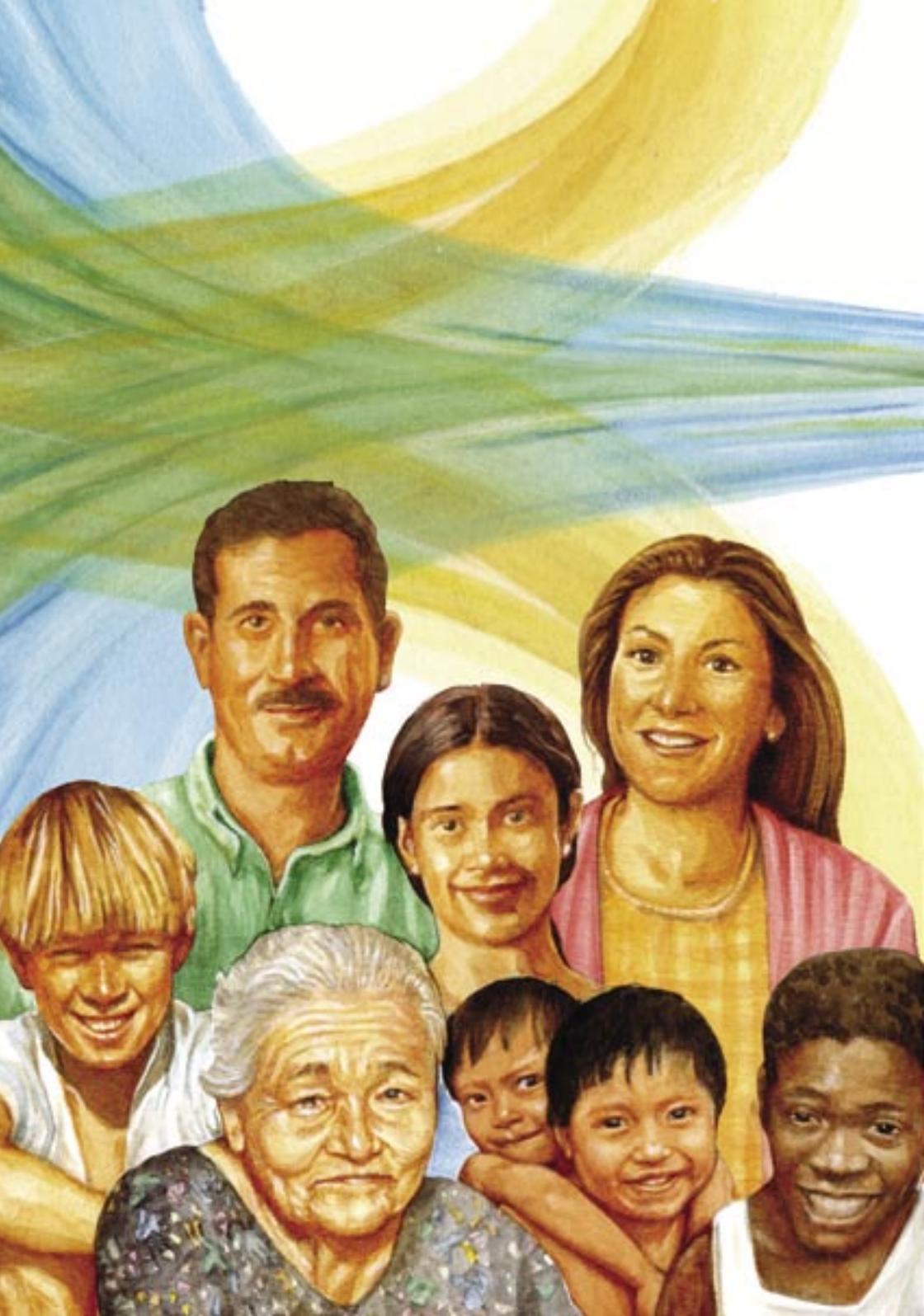
Textos integrais de políticas e instrumentos de orientação (manuais e guias específicos) dirigidos ao gestor municipal, citados nos tópicos deste manual.

- **Plano Nacional de Saúde (PNS)**

Síntese do PNS.

Ficha de avaliação

Este manual pretende ser uma publicação perene, a ser reeditada periodicamente. Para aperfeiçoar seu projeto editorial é importante que possamos conhecer as opiniões daqueles que o utilizarão no dia-a-dia, identificando possíveis omissões e dificuldades de entendimento. Com esse objetivo, encartamos (como última página) uma ficha de avaliação destacável e com porte pago (via Correios), contendo questões a serem respondidas que nos orientem na melhoria das futuras edições. Contamos com sua contribuição.



**Tópicos
de A a Z**



Atenção básica à Saúde

A

Abastecimento de água

O sistema de abastecimento público de água é fundamental para garantir Saúde à população. Abrange o conjunto de obras, instalações e serviços que envolvem captação, adução, tratamento, reserva e distribuição de água destinada às comunidades, para fins de consumo doméstico, industrial, dos serviços públicos e a outros usos. Pode ser concebido e projetado para atender a pequenos povoados ou grandes cidades, variando em suas características e porte. Caracteriza-se pela retirada da água da natureza, adequação de sua qualidade, transporte até os aglomerados humanos e fornecimento à população, em quantidade e qualidade compatíveis com as suas necessidades. Sob o aspecto sanitário e social, o abastecimento de água objetiva, fundamentalmente, o controle e a prevenção de doenças, além da disseminação de hábitos higiênicos junto à população, através de campanhas públicas que estimulem a lavagem das mãos, o banho freqüente, a limpeza dos utensílios domésticos e a higienização dos ambientes domésticos, de trabalho etc. Além disso, a água permite e facilita a limpeza pública e as práticas desportivas, propiciando conforto, bem-estar, segurança e o aumento do tempo médio de vida da população. Sob o aspecto econômico, o abastecimento de água visa à redução da mortalidade, ao aumento da vida produtiva dos indivíduos (pela ampliação da vida média e redução das doenças), permite a instalação de indústrias, facilita o combate a incêndios etc.

 Drenagem urbana, Esgotamento sanitário, Resíduos sólidos.

 <http://www.funasa.gov.br>; Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002; Portaria nº 106, de 4 de março de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

 Acolhimento aos usuários, Regulação da atenção à Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, Regulação estatal sobre o setor Saúde.

Acidente

É o evento não-intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, dos esportes e do lazer.

 Agravos à Saúde.

Acidente de trabalho (tipo/típico)

Evento único, bem configurado no tempo e no espaço, de conseqüências geralmente imediatas, que ocorre pelo exercício do trabalho, acarretando lesão física ou perturbação funcional, resultando em morte ou incapacidade para o trabalho (temporária ou permanente, total ou parcial). Sua caracterização depende do estabelecimento de nexos causal entre o acidente e o exercício do trabalho. A relação de causalidade não exige prova de certeza, bastando o juízo de admissibilidade. Nos períodos destinados à refeição, ao descanso ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local ou durante o trabalho, o empregado é considerado em exercício de trabalho.

 Agravos à Saúde relacionados ao trabalho, Agrotóxico, Amianto (ou asbesto), Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Ceresst), Doenças relacionadas ao trabalho, Lesões por esforços repetitivos (LER), Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Saúde do trabalhador, Silicose, Vigilância dos ambientes de trabalho.

 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998; Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998; Portaria nº 1.969, de 25 de outubro de 2001; Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002; Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Acolhimento aos usuários

É o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de co-produção da Saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Traduz-se nas atitudes dos profissionais e, também, nas condições e processos de trabalho envolvidos na recepção e atendimento aos cidadãos, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatorios, em hospitais ou demais unidades e serviços de Saúde.



Trata-se, em primeiro lugar, de atitudes solidárias capazes de contribuir no estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais do sistema e os usuários. Essas atitudes devem ser valorizadas e estimuladas. No que diz respeito às condições de atendimento e ao processo de trabalho, trata-se de concebê-los e redefini-los tendo o cidadão como centro, objetivando seu bem-estar e a efetividade do serviço prestado. A recepção nas unidades e serviços de Saúde é estratégica para o acolhimento, pois é quando se dá, muitas vezes, o primeiro contato com o sistema. Na recepção, o acolhimento deve ser feito por equipes multidisciplinares, que devem se responsabilizar integralmente pelo usuário, atendendo-o com atenção solidária e encaminhando a resolução de suas necessidades e demandas, informando-o dos limites e possibilidades do sistema e estabelecendo, quando necessária, a articulação com outros serviços de forma que haja resolutividade e continuidade no atendimento. O critério da recepção deve ser o de “avaliação do risco” ou “classificação do risco” e nunca a “ordem de chegada”, critério meramente burocrático. Cada caso merece a atenção devida, de acordo com o grau de sofrimento do paciente e do agravo que se manifesta. Esse processo permite, também, a redução das filas, a ampliação do acesso e tece ou reforça o vínculo do usuário com a equipe. Nos demais passos do atendimento, as mesmas atitudes de solidariedade e dedicação à boa resolutividade devem ser observadas e traduzidas em atenção às condições do ambiente e aos processos de trabalho, de forma a preservar o bem-estar do pacientes e de seus acompanhantes, garantindo que estejam bem informados e orientados. O ambiente físico deve dispor de bebedouros, banheiros devidamente higieniza-

dos, assim como os demais espaços. É preciso eliminar barreiras físicas (como vidros, grades em guichês), que distanciam o usuário dos profissionais que o atendem. Deve-se, ainda, evitar as esperas longas e em locais inadequados, assim como a sinalização deficiente, a falta de informação, a troca de profissional ou equipe sem a devida explicação e apresentação. Esses e muitos outros aspectos que qualificam o acolhimento podem ser, freqüentemente, resolvidos com a boa disposição e a atenção da equipe e dos dirigentes das unidades de Saúde.

 Atenção à Saúde, Filas nos serviços, Humanização da atenção à Saúde, Humaniza SUS.

ACS

 Agente Comunitário de Saúde.

Agências de fomento/ciência e tecnologia

São órgãos ou instituições de natureza pública ou privada que objetivam financiar ações visando a estimular e promover a ciência, a tecnologia e a inovação. No Brasil, as principais agências de fomento são de natureza pública. No plano federal, temos, vinculados ao Ministério da Ciência e Tecnologia, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep). A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) vincula-se ao Ministério da Educação e a Embrapa ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. No plano estadual, quase todos os estados brasileiros criaram suas fundações de amparo à pesquisa (FAPs), notadamente após a Constituição de 1988. As agências atuam por meio da concessão de fundos e bolsas de estudo, da promoção e financiamento de projetos ou da compra de material, apoiando pesquisas de indivíduos ou instituições. Objetivam gerar, absorver e difundir conhecimentos científicos e tecnológicos em diversas áreas, entre elas a Saúde, por meio do desenvolvimento integrado das atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, ensino, produção de bens, prestação de serviços de referência e informação. Propiciam, desse modo, apoio estratégico ao SUS, contribuindo

para a melhoria da qualidade de vida da população e para o exercício pleno da cidadania.

 Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Anexo 4 desta publicação.



CNPq: <http://www.cnpq.br/>; Capes: <http://www.capes.gov.br/>; Decit-MS: <http://www.saude.gov.br/sctie/decit/index.htm>; Finep: <http://www.finep.gov.br/>; FAPs: Alagoas: <http://www.fapeal.br/>; Amazonas: <http://www.fapeam.am.gov.br/>; Bahia: <http://www.fapesb.ba.gov.br/>; Ceará: <http://www.funcap.ce.gov.br/>; Distrito Federal: <http://www.fap.df.gov.br/>; Maranhão: <http://www.fapema.br/>; Mato Grosso: <http://www.fapemat.br/>; Mato Grosso do Sul: <http://www.fundect.ms.gov.br/>; Minas Gerais: <http://www.fapemig.br/>; Paraíba: <http://www.fapep.pb.gov.br/>; Paraná: <http://www.fundacaoaraucaria.org.br/>; Pernambuco: <http://www.facepe.br/>; Piauí: <http://www.fapepi.pop-pi.rnp.br/>; Rio de Janeiro: <http://www.faperj.br/>; Rio Grande do Norte: <http://www.funpec.br/>; Rio Grande do Sul: <http://www.fapergs.rs.gov.br/>; Santa Catarina: <http://www.funcitec.rct-sc.br/>; São Paulo: <http://www.fapesp.br/>; Sergipe: <http://www.fap.se.gov.br/>

Agenda nacional de prioridades de pesquisa em Saúde

Instrumento de gestão pelo qual o Ministério da Saúde (MS) detalha, de sua perspectiva, as prioridades de pesquisa no campo. É parte fundamental da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Objetiva aumentar a seletividade e capacidade de indução das iniciativas de fomento à pesquisa no País. Por meio da Agenda, as ações de fomento passam a ser orientadas pelas necessidades de Saúde da população. Abrange toda a cadeia de conhecimento relacionada à Saúde, da pesquisa básica à operacional. Sua elaboração esteve a cargo do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), um dos três integrantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do MS. É um instrumento participativo, resultante da negociação e do consenso entre órgãos gestores, conselhos de Saúde, comissões intergestores, pesquisadores, trabalhadores do SUS e demais representantes da sociedade civil. A consulta pública para sua confecção foi realizada entre os meses de março e maio de 2004. A agenda e os resultados dessa consulta pública foram apresentados na 2ª Conferência Nacional de Ciência,

Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em julho de 2004.

 Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

 <http://www.saude.gov.br/sctie/decit>

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O ACS mora na comunidade e é um personagem-chave do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), vinculado à Unidade de Saúde da Família (USF). Ele funciona como elo entre a equipe e a comunidade, devendo ser alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce. Caracteriza-se, também, por ser um elo cultural do SUS com a população, fortalecendo o trabalho educativo e seu contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da Saúde. Sua inserção na comunidade permite que traduza para as USFs a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identifique parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes.

 Formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), Forti SUS, Saúde da Família.

Agravos à Saúde

O termo agravo é usado, no âmbito da Saúde (em serviços, no meio acadêmico e em documentos legais da área) com pelo menos dois significados: 1) nas referências a quadros que não representam, obrigatoriamente, uma doença classicamente definida, como em acidentes, envenenamentos, dentre outros e 2) em referências a danos à saúde humana em geral, independentemente da natureza, acepção com a qual o termo é geralmente utilizado em documentos oficiais relativos à Saúde.

 Fatores de risco, Controle de doenças.

Agravos à Saúde relacionados ao trabalho

Doenças, danos, distúrbios, sofrimentos ou lesões causados ou agravados pelo trabalho, que implicam prejuízo à Saúde de um indivíduo ou de uma população.

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agrotóxico, Amianto (ou asbesto), Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Cerest), Doenças relacionadas ao trabalho, Lesões por esforços repetitivos (LER), Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Saúde do trabalhador, Silicose, Vigilância dos ambientes de trabalho.

 Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999; Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, MS, 2001, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Agrotóxicos

São os “produtos e os componentes de processos físicos, químicos ou biológicos destinados ao uso nos setores de produção, armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas nativas ou implantadas e de outros ecossistemas e, também, em ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora e da fauna, a fim de preservá-la da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como substâncias e produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores do crescimento”, como define a Lei nº 7.802 de 1989, cujo texto define ainda seus componentes (“os princípios ativos, os produtos técnicos, suas matérias primas, os ingredientes inertes e aditivos usados na fabricação de agrotóxicos e afins”) e a produtos afins (“os produtos e os agentes de processos físicos e biológicos, que tenham a mesma finalidade dos agrotóxicos, bem como outros produtos químicos, físicos e biológicos, utilizados na defesa fitossanitária e ambiental, não enquadrados no Inciso 1”).

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agravos à Saúde relacionados ao trabalho, Amianto (ou asbesto), Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Cerest), Doenças relacionadas ao trabalho, Lesões por esforços re-

petitivos (LER), Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Saúde do trabalhador, Silicose, Vigilância dos ambientes de trabalho.



Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, MS, 2001; Lei nº 7.802 de 11 de julho de 1989, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Agrotóxicos/análises de resíduos

Por meio das ações do Programa de Análises de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para), tem sido possível evitar que alimentos contaminados por agrotóxicos cheguem às mesas dos consumidores brasileiros. O Programa também permite à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, a coleta de dados sobre uso de agrotóxicos no Brasil. As primeiras colheitas analisadas foram as do morango, com percentual de 50% de contaminação; do mamão, com 31% e do tomate, com 27%.



O município poderá organizar esse serviço de vigilância através dos contatos e negociações com a vigilância de seu Estado.



Alimentos/registro, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Rotulagem nutricional, Vigilância sanitária.

Aids/DST

Veja: Programa Nacional DST/Aids.

Alimentos/registro

Cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, autorizar e conceder o registro de alimentos no País, coordenar e supervisionar atividades de inspeção e controle de riscos, estabelecer normas e padrões para comercialização desses produtos.



O gestor municipal poderá buscar junto ao gestor estadual maiores informações sobre a vigilância da qualidade sanitária dos alimentos em seu território.

 Agrotóxicos/análises de resíduos, Alimentos/registro, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Propaganda de medicamentos, Rotulagem nutricional, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.

Alocação de recursos

Veja: Financiamento do SUS.

Alta complexidade

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (através dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra-cardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.



No credenciamento das áreas mencionadas, o gestor municipal do SUS, ciente da real necessidade do serviço de alta complexidade em seu território, deverá consultar as normas vigentes e definir a possibilidade de credenciamento, levando em conta a população a ser atendida, a demanda reprimida, os mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência e a capacidade técnica e operacional dos serviços a serem implantados. Aprovada a necessidade do credenciamento, a secretaria municipal de Saúde, em gestão plena, deverá montar um processo de solicitação, documentado com manifestação expressa, firmada pelo secretário da Saúde, em relação ao credenciamento e parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração dos serviços à rede estadual e à definição dos fluxos de referência e contra-referência dos pacientes. Nos casos dos municípios não-habilitados em gestão plena, o credenciamento se dá por iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES). Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento pelo(s) gestor(es) do SUS, e sendo o mesmo favorável, os processos relativos à alta complexidade deverão ser remetidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) para análise ao Ministério da Saúde (MS), endereçado à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, Coordenação Geral de Alta Complexidade. Portanto, antes de serem enviados ao MS, os processos de cadastramento deverão ser aprovados em âmbito regional.

 **Atenção básica à Saúde, Média complexidade, Gestão plena do sistema municipal, Responsabilização sanitária.**

Amianto (ou asbesto)

Mineral composto por silicatos estruturados de forma fibrosa, com a qualidade de ser isolante térmico e incombustível. Tem sido utilizado como parte integrante da matéria prima de produtos de diversos ramos de atividade econômica, tais como: cimento-amianto, materiais de fricção, materiais de vedação, pisos, produtos têxteis resistentes ao fogo, dentre outros. O amianto teve seu uso banido em diversos países devido às suas propriedades causadoras da asbestose, câncer de pulmão e da pleura.

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agravos à Saúde relacionados ao trabalho, Agrotóxico, Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Ceresst), Doenças relacionadas ao trabalho, Lesões por esforços repetitivos (LER), Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Saúde do trabalhador, Silicose, Vigilância dos ambientes de trabalho.

 Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, MS, 2001, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Análise de situação de Saúde

As análises de situação de Saúde são processos contínuos, oportunos e sintéticos que permitem medir, caracterizar, explicar e avaliar o processo saúde/doença. As análises de situação de Saúde contribuem para o estabelecimento de estratégias políticas e tomada de decisões na área da Saúde pública.

 Fatores de risco, Vigilância em Saúde.

Análise do sistema municipal de Saúde

Conjunto de procedimentos que deve ser incorporado ao processo permanente de avaliação municipal da Saúde, para oferecer subsídios aos gestores no seu planejamento e monitoramento, permitindo que haja clareza na definição das prioridades de investimentos e das necessidades de capacitação profissional, entre outros aspectos. A análise do sistema municipal de Saúde permite que seu funcionamento seja ajustado e se torne mais eficiente, equitativo e democrático. Inclui o conhecimento das necessidades locais em Saúde, o mapeamento da capacidade de oferta de ações e serviços (estrutura física, equipamentos e profissionais disponíveis), o domínio dos processos de trabalho e das formas de organização da atenção à Saúde, além da avaliação dos resultados alcançados, em termos de acesso dos usuários e melhoria da Saúde local.

 Para analisar o sistema municipal de Saúde é necessário: 1) definir previamente os objetivos da análise (o que se deseja verificar); 2) identificar as fontes de informações existentes ou programar a busca de informações, quando não estiverem disponíveis; 3) estabelecer os indicadores mais adequa-

dos para representarem os fatos ou eventos que se deseja aferir e 4) proceder à análise do “comportamento” da Saúde local, por meio de indicadores seguros, ao longo do período que se está avaliando.

 Planejamento em Saúde, Relatório de gestão, Responsabilização sanitária.

Anemia falciforme

A anemia falciforme é uma doença genética e hereditária, causada por uma anormalidade da hemoglobina dos glóbulos vermelhos do sangue (responsáveis pela retirada do oxigênio dos pulmões para ser transportado aos tecidos). Geralmente, é durante a segunda metade do primeiro ano de vida que aparecem os sintomas mais precoces da doença, que não deve ser confundida com o traço falciforme (referente a portadores da doença, mas com vida normal). Os pacientes precisam manter boa saúde, ter atividades físicas leves, evitar estresse e prevenir infecções. A anemia falciforme pode ser diagnosticada com o conhecido “teste do pezinho”, que deve ser feito na primeira semana de vida do bebê e está incluído entre as políticas do SUS de atenção à Saúde.

 Fenilcetonúria (PKU), Hipotireoidismo congênito (HC), Política Nacional do Sangue e Hemoderivados.

 Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/epntn.htm>; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>

Apoio matricial

 Equipe de referência.

Aprender SUS

Política do SUS voltada para a mudança dos cursos de graduação na área de Saúde de acordo com as necessidades de Saúde da população e com os princípios e diretrizes do SUS. Visa a integrar, de forma permanente, a política

de educação na Saúde e aproximar as instituições de ensino superior das gestões do SUS (federal, estaduais e municipais). O Aprender SUS estabeleceu um fórum permanente de interlocução entre o SUS e as instituições de ensino em nível de graduação, tendo como tema central o ensino e a aprendizagem sobre a Saúde e o SUS. Tem-se pautado na construção de compromissos entre o SUS e as instituições de educação superior, buscando viabilizar a integralidade da atenção em Saúde, a humanização, o trabalho em equipe de saúde e a ampliação dos conhecimentos sobre o sistema de Saúde vigente no Brasil no projeto político pedagógico das instituições de ensino.

 Estabelecer relações de parceria com os projetos de mudança na graduação para sua correspondência aos princípios do SUS com base na realidade. A proposta do projeto é de que os sistemas municipais de Saúde não sejam apenas cenário ou campo de estágio, mas participem ativamente do planejamento e avaliação do trabalho que vai ser realizado por docentes e estudantes. É muito importante que a inserção destes represente uma contribuição ao enfrentamento de problemas e à qualificação da Saúde na cidade. Cabe ao SUS municipal oferecer oportunidades de aprendizagem para docentes e estudantes em gestão, atenção e controle social, assim como construir novas relações de cooperação técnica com as instituições de Educação Superior.

 Gestão do trabalho e da educação na Saúde, Política de Educação Permanente em Saúde, Pólos de educação permanente em Saúde.

Assistência farmacêutica

Grupo de atividades relacionadas a medicamentos, destinadas a apoiar as ações de Saúde demandadas pelas comunidades. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas as suas etapas constitutivas, incluindo a conservação, o controle de qualidade, a segurança, a eficácia terapêutica, o acompanhamento, a avaliação do uso, a obtenção e a difusão de informação sobre eles, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, de forma a assegurar seu uso racional.

 Para assegurar o uso racional de medicamento, o gestor municipal deve realizar o acompanhamento e a avaliação de utilização de medicamen-

tos pelos usuários de sua comunidade. Também é fundamental que se mantenha bem informado e atualizado sobre a área e que promova a difusão de informação sobre uso de medicamentos, mantendo um processo de educação permanente voltado tanto para os profissionais de saúde, quanto para os pacientes e toda a comunidade.

 Centrais farmacêuticas, Dispensação/dispensário, Medicamento de referência, Medicamento genérico, Medicamentos essenciais, Medicamento similar, Medicamentos/programas de distribuição, Notificação de receita médica, Programa Farmácia Popular do Brasil, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).

Assistência Farmacêutica Básica

O Programa de Assistência Farmacêutica Básica, mantido pelo SUS, compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos destinados a complementar e apoiar as ações da atenção básica à Saúde. A Assistência Farmacêutica Básica foi estabelecida através de Portaria do MS, que definiu os critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados à obtenção de incentivos e valores a serem transferidos, a título de subsídios.

 Atenção básica à Saúde, Centrais farmacêuticas, Programa Farmácia Popular do Brasil.

 Portaria nº 176, de 8 de março de 1999, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Assistência hospitalar

 Atenção hospitalar.

Atenção à Saúde

É tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento às doenças. No

SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro, porque a atenção à Saúde deve ser integral. Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à Saúde instalados em seu território, para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito através de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia.

 Alta complexidade, Atenção básica à Saúde, Integralidade, Média complexidade, Vigilância em Saúde.

Atenção às urgências

Considerada prioritária no âmbito do SUS, a atenção às urgências em Saúde tem sido orientada, a partir de 2003, pela Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.863 de 2003), fundamentada nos seguintes objetivos: 1) garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios); 2) consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção; 3) desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa e a recuperação da saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades; 4) fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em Saúde, de caráter urgente e transitório, decorrente de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e

mitigação dos eventos; 5) contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência permitindo que, a partir de seu desempenho, seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do SUS, em seus três níveis de gestão; 6) integrar o complexo regulador do SUS, promovendo o intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações, com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais; 7) qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do SUS na atenção às urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. A atenção integral às urgências deve ser implementada a partir dos seguintes componentes fundamentais: 1) adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade; 2) organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes: (a) componente pré-hospitalar fixo: unidades básicas de saúde e unidades de Saúde da Família - equipes de agentes comunitários de Saúde - ambulatórios especializados - serviços de diagnóstico e terapias - e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências; (b) componente pré-hospitalar móvel: serviço de atendimento móvel de urgências (Samu) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com o número de telefone único nacional para urgências médicas - 192; (c) componente hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências; (d) componente pós-hospitalar: modalidades de atenção domiciliar - hospitais-dia e projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária; 3) instalação e operação das centrais de regulação médica das urgências integradas ao Complexo Regulador

da Atenção no SUS; 4) capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em Saúde, onde devem estar estruturados os Núcleos de Educação em Urgências (normatizados pela portaria nº 2.048 de 2002); 5) orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção. Ainda em 2003, foi publicada a Portaria nº 1.864, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, através do serviço de atendimento móvel de urgência (Samu) – 192, estando o serviço em implantação em todo o território nacional.



Gestores estaduais e municipais devem se organizar para compor o desenho e os pactos da rede de atenção integral às urgências, envolvendo todos os níveis do SUS, desde a atenção básica até a terapia intensiva. Grades de referência e contra-referência devem ser claramente estabelecidas e o fluxo de pacientes deve se dar por meio da regulação médica das urgências, realizada pela Central SAMU 192.



Serviço de atendimento móvel de urgência (Samu).



Portaria nº 2.047, de 5 de novembro de 2002; Portarias nº 1.863 e nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Atenção básica à Saúde

Constitui o primeiro nível de atenção à Saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da Saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à Saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são:

A

clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Uma atenção básica bem organizada garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município e consolida os pressupostos do SUS: equidade, universalidade e integralidade. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária para a organização da atenção básica é a estratégia Saúde da Família, que estabelece vínculo sólido de co-responsabilização com a comunidade adscrita. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à Saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à Saúde de responsabilidade das três esferas de governo. O componente federal do financiamento se dá por meio do piso de atenção básica (PAB), composto por uma parte fixa e outra variável. O PAB Fixo descreve um valor per capita anual mínimo de treze reais (R\$13,00). O PAB Variável é descrito por um rol de incentivos financeiros que foram criados com o intuito de estimular os municípios a avançarem nas políticas municipais de Saúde. Almeja-se que estes municípios adotem, assim, determinados modelos organizativos estratégicos na oferta das ações de Saúde à população. Ele é composto por incentivos específicos para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), estratégia Saúde da Família, Programa de Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Farmácia básica e combate às carências nutricionais. O piso de atenção básica (PAB) constitui-se num montante de recursos financeiros destinados exclusivamente para ações básicas de Saúde, independentemente de sua natureza (sejam de promoção, prevenção ou recuperação) que podem ser utilizados tanto para custeio de despesas correntes, como para aquisição de materiais permanentes ou realização de obras de construção ou reformas de unidades de saúde, sendo transferido mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais.

 Alta complexidade, Integralidade, Média complexidade, Saúde da Família, Unidades de atenção básica.

Atenção especializada

 Alta complexidade, Equipes de referência, Média complexidade.

Atenção hospitalar

A atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar. Ela tem sido, ao longo dos anos, um dos principais temas de debate no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e a grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar. O Brasil possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte. O desenvolvimento da gestão e do gerenciamento local das unidades hospitalares pode produzir avanços significativos na superação de dificuldades no sistema hospitalar do País. Para tanto, deve-se aprimorar os mecanismos de controle, avaliação e regulação dos sistemas de Saúde e, ao mesmo tempo, dotar os dirigentes hospitalares de instrumentos adequados a um melhor gerenciamento dos hospitais vinculados à rede pública de Saúde. A política da atenção hospitalar visa promover de forma definitiva a inserção das unidades hospitalares na rede de serviços de Saúde.

 Alta complexidade, Média complexidade, Serviço de atendimento móvel de urgência (Samu).

Atendimento pré-hospitalar

É o atendimento a portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica que ocorre fora do ambiente hospitalar e pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção à Saúde. É fundamental para garantir suporte e a sobrevivência das pessoas vitimadas por quadros de maior gravidade.

 Os gestores municipais de Saúde devem estruturar, de acordo com a demanda em seu território, uma rede de urgência e emergência (capaz de atender da pequena à grande urgência), envolvendo serviços pré-hospitalares e em articulação com a rede geral de serviços de Saúde, de modo a otimizar

o atendimento e a prestar socorro imediato à população. Nesse contexto, insere-se o serviço de atendimento móvel de urgência (Samu).

 Acolhimento aos usuários, Humanização da atenção à Saúde, Serviço de atendimento móvel de urgência (Samu), Urgência e emergência, Atenção às urgências.

Atores sociais

Cidadãos (usuários, profissionais, gestores etc.) ou agrupamentos (instituições, órgãos, comunidades, equipes de trabalho etc) que participam, organizada e sistematicamente, da gestão, planejamento e monitoramento da Saúde Pública, interferindo técnica, política ou eticamente no processo participativo.

 Co-gestão, Conselho Municipal de Saúde, Conselhos gestores de unidades de Saúde, Controle social, Participa SUS, Relatório de gestão, Seminários de gestão participativa em Saúde.

Auditoria

 Sistema Nacional de Auditorias (SNA).

Avaliação de desempenho do SUS

É um processo sistemático para se comparar até que ponto uma determinada intervenção atingiu os objetivos pretendidos ou desejáveis. Pode ser aplicado a um sistema, um serviço, um programa, um projeto, uma política, um plano ou a qualquer outra atividade organizada. Permite a comparação do desempenho dos sistemas e serviços de Saúde, tomando como referência os princípios e diretrizes organizativas do SUS, as responsabilidades e os papéis atribuídos aos entes governamentais. A avaliação deve ser realizada a partir de duas dimensões complementares entre si: dimensão social (ênfase na política de Estado, suas estratégias sociais e suas repercussões e impactos na sociedade) e dimensão sistêmica (ênfase nas respostas dos sistemas e serviços, em suas estratégias programáticas com relação a determinadas necessidades e demandas de Saúde).

 Essa é uma competência institucional da esfera federal e sua proposta encontra-se em fase desenvolvimento. Uma vez realizada sua formulação inicial, será discutida no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

 Planejamento em Saúde, Relatório de gestão, Responsabilização sanitária.



Banco de preços em Saúde (BPS)

Sistema informatizado, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), que fornece informações atualizadas sobre os preços praticados nas aquisições de medicamentos e material médico-hospitalar, e nos insumos e serviços efetivados por entidades públicas ou privadas. Inicialmente, o BPS continha somente dados de instituições brasileiras, mas o sucesso da iniciativa ensejou sua adoção como base para a elaboração do banco de medicamentos do Mercosul/Bolívia/Chile e do banco de medicamentos para Aids da América Latina e Caribe. O principal objetivo do programa é a diminuição de preços no setor Saúde, por meio da redução na assimetria de informações existente entre compradores e fornecedores no mercado, ou seja, ao subsidiar as instituições com dados sobre os preços praticados em todo o País, os demandantes de produtos e serviços em Saúde estarão mais aptos a negociar os termos de aquisição e, em casos de intransigência da parte vendedora, até mesmo substituir o fornecedor por outro que pratique preços mais vantajosos. Em adição, ao tornar públicas as condições de compras realizadas por diversas instituições públicas, o BPS contribui para aumentar a visibilidade da destinação dos recursos do SUS. Finalmente, as entidades cadastradas têm acesso ao histórico completo de compras por elas registradas, informação esta que possibilita um aperfeiçoamento do planejamento financeiro das entidades. Isto porque compras renovadas antes da expiração do período das aquisições anteriores indicam uma estimativa do consumo da instituição abaixo do real. Por outro lado, compras cujas renovações demoram muito para ser efetivadas, mesmo ao término do período de validade das anteriores, apontam para uma estimativa de consumo acima do real, com a provável formação de grandes estoques e possivelmente perda de material pela expiração do prazo de validade dos medicamentos.



Para consultar o banco de preços basta acessar o *site* www.saude.gov.br/banco e clicar no ícone “Consulta ao Banco”. Para esse procedimento não é necessário realizar credenciamento. As instituições que realizem compras hospitalares (hospitais, secretarias estaduais e municipais, fundações gestoras de unidades hospitalares) e desejem fornecer dados ao banco de preços devem solicitar seu credenciamento. O procedimento é simples e pode ser feito via Internet; as instruções pertinentes também estão disponíveis no *site* supracitado. No tocante a quem deve se cadastrar no BPS, a Portaria nº 74 de 1.999, atualmente sob revisão com o intuito de se ampliar o escopo de instituições abrangidas pelo sistema, estabelece a obrigatoriedade de prestação contínua de informações para as unidades hospitalares públicas com mais de 320 leitos.



Medicamento genérico, Mercado de medicamentos.

Bioética

Palavra cunhada pelo oncologista Van Ressenlaer Potter, em 1971, para definir “a ciência da sobrevivência e do melhoramento da vida com a manutenção da harmonia universal”. Estudo da ética da vida e das conseqüências que as ações de Saúde têm sobre os seres humanos. A disciplina se ocupa dos conflitos originados pela contradição entre o progresso biomédico, acelerado nos últimos anos e os limites ou fronteiras da cidadania e dos direitos humanos. A bioética atual foi dividida, para fins de estudo, em duas vertentes: 1) a das situações emergentes, que trata do desenvolvimento científico e tecnológico – engenharia genética, reprodução assistida, transplantes de órgãos e tecidos, clonagem, alimentos transgênicos, dentre outros; e 2) a bioética das situações persistentes, que analisa os temas cotidianos referentes à vida dos indivíduos, como a exclusão social, o racismo, a discriminação da mulher no mercado de trabalho, a eutanásia, o aborto, a alocação de recursos no setor Saúde, etc.



Biotecnologia, Pesquisa envolvendo seres humanos.

Biotecnologia

B

Aplicação em escala industrial dos avanços científicos e tecnológicos resultantes de pesquisas biológicas e biomédicas. A biotecnologia engloba um conjunto de técnicas de manipulação da constituição genética de organismos vivos (células e moléculas) com o objetivo, entre outros, de produzir, a partir das espécies originais, outras que gerem produtos mais resistentes e que melhor contribuam para o tratamento de doenças e recuperação da saúde.

 Bioética, Pesquisa envolvendo seres humanos.

Brasil Sorridente/política

A nova Política Nacional de Saúde Bucal – o Brasil Sorridente – implementada pelo Ministério da Saúde (MS), é um conjunto de ações do projeto estratégico do governo federal que tem por objetivo ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Ações: 1) implantação em todo Brasil de aproximadamente 400 centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de prótese dentária (LRPDs). Para ser credenciado ao Brasil Sorridente, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) deve ofertar à população, no mínimo, as seguintes especialidades: cirurgia oral, atendimento a pacientes com necessidades especiais, periodontia (tratamento de doenças na gengiva), endodontia (tratamento de canal) e diagnóstico oral, com ênfase na identificação do câncer de boca. São estabelecidos por portarias do MS as normas, requisitos e o financiamento dos centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de prótese dentária. CEOs tipo I, com três cadeiras, recebem mensalmente R\$ 6.6 mil para custeio, além de R\$ 40 mil em parcela única, correspondente a custos com reforma, ampliação ou aquisição de equipamentos. No caso dos CEOs tipo II, com quatro ou mais cadeiras, esses valores são de R\$ 8.8 mil/mês e R\$ 50 mil, respectivamente; 2) viabilização da fluoretação nas estações de tratamento de água; 3) alcance de 16.000 equipes de saúde bucal no Saúde da Família, como estratégia de reorganização da atenção básica em saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As equipes de saúde bucal modalidade I (equipe formada

por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário) recebem R\$ 20.400,00/ano para custeio. As equipes de saúde bucal modalidade II (equipe formada por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental) recebem R\$ 26.400,00/ano para custeio. Todas as novas equipes de saúde bucal recebem em parcela única R\$ 6 mil para a aquisição de equipamentos odontológicos, conforme estabelece a Portaria nº 74 de 20 de janeiro de 2004; 4) fornecimento de insumos odontológicos para a realização de procedimentos clínicos restauradores e preventivos para todas as equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família; 5) fornecimento de um novo equipo odontológico para as equipes de saúde bucal modalidade II, para que comecem a atuar com dois consultórios, um para o cirurgião-dentista e outro para o técnico em higiene dental (THD), e aumentem a produção das equipes.

 **Atenção à Saúde.**

 **Portarias nº 1.570, nº 1.571 e nº 1.572, de 29 de julho de 2004 no CD-ROM encartado nesta publicação.**



Cartão nacional de Saúde - Cartão SUS

Cadeia de cuidado progressivo à Saúde (CCPS)

 Atenção básica à Saúde.

Câmara de regulação do trabalho em Saúde

Vinculada ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), foi criada com a finalidade de debater, elaborar e recomendar normas sobre a regulação do exercício profissional de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e de acordo com as necessidades de Saúde da população brasileira. Desta forma, guarda, entre suas atribuições, a elaboração de propostas e pactuação de ações de regulação para as profissões e ocupações da área de Saúde. Constitui-se em um fórum permanente de caráter consultivo e natureza colegiada, em cuja composição reúne órgãos governamentais (Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério do Trabalho e Emprego), Conass, Conasems, Conselhos de Fiscalização de Exercício Profissional, entidades de caráter técnico-científico e representantes designados por entidades nacionais dos trabalhadores da área de Saúde. Em seu regimento estão previstas audiências públicas como meio de aprofundar o debate com as representações profissionais, técnicos e especialistas sobre os temas de sua pauta de trabalho.

 Gestão do trabalho e da educação na Saúde; Mesa nacional de negociação permanente do SUS; Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS SUS); Vínculo precário de trabalho.

 Portaria nº 827, de 5 de maio de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Câmaras municipais/notificações sobre transferências financeiras e convênios

C

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) notifica as câmaras municipais sobre a liberação de recursos financeiros para os municípios, no prazo de dois dias úteis, contados a partir da data de liberação dos recursos. Além disso, dá ciência às assembleias legislativas ou às câmaras acerca da assinatura de convênios conforme preceitua a IN/STN nº 01, de 15 de janeiro de 1.997.

 Contabilidade pública/como realizar orçamento, Convênios federais de Saúde, Débitos/parcelamento, Emenda Constitucional nº 29 de 2.000 (EC 29), Financiamento do SUS, Financiamento municipal do SUS, Fundo Municipal de Saúde, Fundo Nacional de Saúde (FNS), Fundos de Saúde, Recursos financeiros/como gastar melhor? Recursos financeiros/liberação, Recursos financeiros/transferência, Vinculação de recursos.

 <http://www.fns.saude.gov.br>; Lei nº 9.452, de 20 de março de 1997; Instrução Normativa nº 1, de 15 de janeiro de 1997, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Câmaras municipais/relacionamento

O relacionamento entre gestores municipais de Saúde, conselhos municipais de Saúde e câmaras municipais de vereadores é vital para o funcionamento adequado do SUS. Trimestralmente os gestores municipais devem apresentar, aos conselhos municipais de Saúde, em audiência pública realizada nas câmaras municipais, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, entre outros itens: os dados sobre os montantes e as fontes dos recursos aplicados; as auditorias concluídas ou iniciadas no período, além do relatório sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. Ao assumir a gestão dos sistemas municipais de Saúde, os secretários encontrarão planos municipais de Saúde (PMSs) elaborados pelas gestões anteriores e já aprovados pelos conselhos municipais de Saúde, que deverão ser cumpridos, até que sejam modificados totalmente ou em parte, pela nova administração. Essas modificações deverão ser submetidas à aprovação dos conselhos municipais de Saúde.

 Os secretários municipais devem fornecer, por meio do prefeito municipal, todas as informações solicitadas pelos vereadores, que têm poder e competência legal para solicitá-las. Quando essas informações forem solicitadas sob a forma regimental de requerimentos de informação, têm prazos a serem cumpridos, e o não-cumprimento pode acarretar processo de *impeachment* contra o prefeito. A omissão dos secretários, por qualquer motivo, pode provocar a cassação do prefeito. Quando solicitados a comparecer à Câmara Municipal para explicação de atividades de suas pastas, os secretários devem dialogar com seus respectivos prefeitos, antes de confirmar suas presenças. Os prefeitos é que devem orientar os secretários, avaliando as conseqüências políticas da ida ou não de seu auxiliar ao legislativo. Em princípio, devem comparecer sempre munidos de meios audiovisuais para que, de forma pedagógica e adaptada ao padrão cultural da maioria da casa legislativa, esclareçam os vereadores.

 Atores sociais, Co-gestão, Conselho Municipais de Saúde, Conselhos gestores de unidades de Saúde, Controle social, Participa SUS, Relatório de gestão, Seminários de gestão participativa em Saúde.

 Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2.000 (de Responsabilidade Fiscal), no CD-ROM encartado nesta publicação.

Cartão nacional de Saúde–Cartão SUS

Estabelece um sistema de identificação comum, integrando usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde. Considerado do ponto de vista da atenção à Saúde, sua adoção promove a identidade entre usuários e profissional com o Sistema Único de Saúde (SUS). Visto pelo ângulo da gestão, aprimora o processo de integração dos sistemas de informação em Saúde e viabiliza o registro eletrônico de dados e informações, facilitando o processo de gestão (planejamento, acompanhamento e avaliação das ações). Com sua implantação, o usuário do SUS passa a receber um cartão magnético com um número identificador baseado no número do PIS/Pasep.

 O município deve buscar junto ao Datasus as orientações necessárias à organização e validação dos cadastros, assim como ao desenvolvimento das demais etapas da sua implantação.

 Datasus, no Anexo 2 do presente documento – Contatos do SUS.

Catálogo de materiais (Catmat)

C

É uma tabela de codificação de materiais desenvolvida e mantida pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão com o objetivo de padronizar o código dos materiais utilizados pelo governo federal. Com a descentralização e especialização deste catálogo, o Ministério da Saúde (MS) ficou responsável pela manutenção da descrição dos itens relativos à área de Saúde, medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, o que garante descrições mais precisas e detalhadas, facilitando a pesquisa, o entendimento dos usuários e os processos de compras. A utilização do catálogo de materiais possibilitará que os dados dos processos de compras sejam coerentes e homogêneos, garantindo a identificação fácil e segura de qualquer medicamento, em qualquer licitação, facilitando o registro referencial de preços. Essa vantagem se estende aos fornecedores, que passarão a fornecer seus produtos de forma mais organizada, atendendo melhor às necessidades de cada compra. Esta tabela é organizada em grupos e classes. Nessas classes, estão os padrões descritivos de materiais (PDMs). Dentro dos PDMs, podemos ter as diversas apresentações para um mesmo medicamento (por exemplo, dipirona sódica, com apresentação de 250mg, 500mg e etc.), bem como as diversas opções de unidades de fornecimentos (por exemplo, comprimido, frasco 10 ml, frasco 15 ml; ampola de 2 ml, ampola de 5 ml, supositório etc.) Os medicamentos estão catalogados segundo a denominação comum brasileira (DCB). Aqueles que são constituídos por dois ou mais princípios ativos associados, estão inseridos no PDM relativo ao principal efeito terapêutico desejado. A consulta de medicamentos cadastrados deve ser feita utilizando-se o nome do princípio ativo, subtraído do nome do sal químico (por exemplo, acetato de ciproterona deverá ser consultado por ciproterona). Para acessar o Catmat, é necessário que a unidade seja cadastrada no Sistema de Administração de Serviços Gerais (Siasg), do governo federal, sob a gerência do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. O usuário, no seu perfil de acesso também deverá ter autorização para consulta a este catálogo. Esta autorização poderá ser solicitada à Divisão de Contabilidade da Coordenação de Programas e Execução Orçamentária e Financeira (Copef), pertencente à Coordenação Geral de Recursos Logísticos (CGRL) do MS.

 Licitações, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).

 Telefones: (61) 315-2936, do Ministério da Saúde; (61) 313-1961, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde poderão ser solicitadas orientações e solicitação de treinamento.

Centrais farmacêuticas

Almoxarifados centrais de medicamentos, a partir de onde é feita a estocagem e a distribuição para hospitais, ambulatorios e postos de saúde. A legislação sanitária prevê que os gestores municipais e estaduais de Saúde têm como responsabilidade investir na infra-estrutura das centrais farmacêuticas, objetivando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição.

 Assistência farmacêutica, Dispensação/dispensário, Medicamento de referência, Medicamento genérico, Medicamentos essenciais, Medicamento similar, Medicamentos/programas de distribuição, Notificação de receita médica, Programa Farmácia Popular do Brasil, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).

 No portal da Assistência Farmacêutica (<http://www.opas.org.br/medicamentos>) o documento Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – Instruções Técnicas para a sua Organização (MS) ou Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais (Opas).

Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Ceresst)

Serviços de Saúde direcionados aos trabalhadores, implementados a partir dos anos 80 na rede pública de Saúde, com a proposta de prestar atenção integral, de assistência e vigilância dos agravos e das condições e ambientes de trabalho, além de desenvolver conhecimentos especializados na área e atividades educativas, com participação dos trabalhadores.

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agravos à saúde relacionados ao trabalho, Agrotóxico, Amianto (ou asbesto), Doenças relacionadas ao trabalho, Lesões por esforços repetitivos (LER), Rede Nacional de Atenção Integral à

Saúde do Trabalhador (Renast), Saúde do trabalhador, Silicose, Vigilância dos ambientes de trabalho.



Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998; Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, no CD-ROM encartado nesta publicação.

C

Centros de atenção psicossocial (Caps)

São serviços de saúde mental de base territorial e comunitária do SUS, referenciais no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos Caps é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, equipamento estratégico da atenção extra-hospitalar em saúde mental. Existem diferentes tipos de Caps, segundo seu porte e clientela: Caps I - serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; Caps II - serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população com mais de 70 mil habitantes; Caps III - serviço aberto para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante em grandes cidades; Caps i - voltado para a infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; Caps ad - voltado para usuários de álcool e outras drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso de substâncias.



Para implantar Caps públicos, verifique se o seu município tem mais de 20 mil habitantes e se não dispõe de outros recursos assistenciais

em saúde mental, como ambulatórios, oficinas terapêuticas, centros de saúde com equipe de saúde mental, equipes de saúde mental na rede básica. Procure conhecer as normas técnicas que se aplicam aos Caps (referências abaixo). O Ministério da Saúde (MS) oferece incentivo único antecipado para os municípios que têm Caps em processo de implantação.

 Geração de renda em saúde mental, Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Programa de Volta para Casa, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/psiquiatria, Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, Saúde mental, Serviços residenciais terapêuticos.

 Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria nº 189, de 20 de março de 2002; Portaria nº 1.935, de 16 de setembro de 2004; publicação Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, do MS: <http://www.saude.gov.br> (Saúde Mental).

Certificação dos hospitais de ensino

Mecanismo que reconhece instituições hospitalares como sendo de ensino, assegurando condições adequadas de formação para os profissionais da área da Saúde (de acordo com critérios mínimos, estabelecidos pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.000, publicada pelos ministérios da Educação e da Saúde). Alguns dos pré-requisitos são: abrigar formalmente as atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes, de pelo menos um curso de medicina, e atividades curriculares de um outro curso de graduação superior na área da Saúde; abrigar Programas de Residência Médicas, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), contemplando, no mínimo, dez vagas de R1 entre as áreas de atenção básica, excetuando-se os hospitais especializados, que disporão de programa específico e credenciado de residência médica com, no mínimo, dez vagas de ingresso anual; garantir, por iniciativa própria ou da IES, acompanhamento docente para os estudantes de graduação e preceptoría para os residentes, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da residência médica; abrigar atividades regulares de pesquisa no hospital de

ensino, realizadas por iniciativa própria e ou, por meio de convênio firmado com IES, ou ainda, apresentar projeto institucional para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa.



O gestor municipal toma parte ativa no processo de negociação e construção dos pactos que estarão definidos nos novos contratos entre o SUS e os hospitais. Destaca-se que nesta pactuação devem estar incluídos os compromissos do hospital com a atenção à Saúde e com a rede, além da colaboração para a educação permanente dos trabalhadores do SUS na região.

 Hospitais de ensino e pesquisa, Política de Educação Permanente em Saúde, Pólos de educação permanente em Saúde.

Cobertura

No que diz respeito à atenção à Saúde, garantir cobertura aos usuários é oferecer atendimento integral, universal e equânime, como garante a Constituição e a legislação brasileira. Todo usuário deve ter acesso e atendimento assegurado, sem restrições ou cláusulas de cobertura, a toda a rede de Saúde do SUS. Esse acesso abrange todas as modalidades de cobertura adequadas ao atendimento de que o usuário necessitar, em todo o território nacional.

 Acolhimento aos usuários, Atenção à Saúde, Humaniza SUS.



Constituição Federal de 1988, Lei nº 8080, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Co-gestão

Gestão é uma prática configurada pela proposição, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de um processo social. No âmbito da Saúde, a gestão inclui a formulação, o planejamento, a programação, o orçamento, o gerenciamento, a execução e a avaliação de planos, programas e projetos. A co-gestão é, por consequência, um modo de gestão em equipe, próprio das sociedades democráticas, no qual o poder é compartilhado por meio de análises, avaliações e decisões conjuntas, envolvendo os diferentes atores sociais que participam do processo.

 Para uma efetiva participação da sociedade, fortalecendo o controle social, os gestores municipais de Saúde devem fomentar a co-gestão entre seus pares, sejam parceiros de gestão, trabalhadores ou usuários, no processo de produção da Saúde local. Os conselhos de Saúde têm sua composição baseada no modelo de co-gestão, agregando gestores, trabalhadores e usuários. É fundamental, também, que os municípios se organizem em regiões, buscando estabelecer espaços de co-gestão regional.

 **Conselhos de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Controle social, Participação social em Saúde, Regionalização.**

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS.

 **Comissões intergestores bipartites (CIBs); Conselhos de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), no Anexo 2 desta publicação – Contatos do SUS; Instâncias de pactuação.**

 **Portaria Ministerial nº 1.180 de 22 de julho de 1991, no CD-ROM encartado nesta publicação e o Anexo 2 – Contatos do SUS.**

Comissões intergestores bipartites (CIBs)

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentraliza-

ção das ações de Saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde, através de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os estados do País.



O gestor municipal deve procurar o Cosems de seu estado e discutir, ali, quais são as possibilidades de participação no processo de constituição e funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).



Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Conselhos de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), no Anexo 2 desta publicação – Contatos do SUS; Instâncias de pactuação.

Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS

Para o efetivo sucesso do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, foi instituído, por meio da Portaria nº 2.430 de 23 de dezembro de 2003, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Dentre os principais objetivos do Comitê, destacam-se: 1) monitorar as formas de substituição do trabalho precário no governo federal e nos estaduais e municipais; 2) realizar o levantamento das formas de precarização do trabalho no SUS; 3) indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos trabalhadores do setor; 4) avaliar os impactos financeiros das medidas propostas e suas repercussões em relação à Lei de Responsabilidade Fiscal; 5) apoiar e estimular a instalação de comitês estaduais, regionais e municipais de desprecarizar

zação do trabalho no SUS, através de recomendações para a sua criação. O Comitê Nacional é constituído por representantes dos vários departamentos do Ministério da Saúde, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério do Trabalho e Emprego e por representantes das entidades sindicais e patronais que compõem a mesa nacional de negociação permanente do SUS. Os gestores estaduais e municipais se fazem representar através de suas entidades – Conass e Conasems, respectivamente.

 Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

 Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Complexo regulador

É uma estratégia de implementação da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada com outras ações da regulação da atenção à Saúde, visando regular a oferta e a demanda em Saúde, de maneira a adequar a oferta de serviços de Saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades reais em Saúde. Os complexos reguladores constituem-se, assim, na articulação e integração de dispositivos (como centrais de internação e de urgências, centrais de consultas e exames, serviços de transportes não urgentes de usuários, protocolos assistenciais) com ações de contratação, controle assistencial e avaliação das ações de Saúde, bem como com outras funções da gestão, como a programação (PPI) e a regionalização.

 Os complexos reguladores devem ser implementados de acordo com os Planos Diretores de Regionalização e seus desenhos das redes de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências. Podem ter abrangência municipal, micro ou macro-regional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão ser pactuada em processos democráticos e solidários entre as três esferas de gestão do SUS.

 Contratação de prestadores de serviços, Descentralização, Regulação da atenção à Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial.

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 da presente publicação – Contatos do SUS.

Comunidades quilombolas

C

População quilombola é aquela formada por grupos sociais remanescentes de escravos africanos, trazidos para o Brasil durante o período colonial. Distribuídas por todo território nacional, caracterizam-se por ser de predominância negra, rurais, de maioria analfabeta e por viverem em condições precárias. Considerando as especificidades sócio-culturais da população quilombola, o Ministério da Saúde (MS) vem adotando as seguintes estratégias: 1) inclusão da atenção a Saúde das comunidades quilombolas como prioridade no Plano Nacional de Saúde (PNS); 2) realização de seminário nacional e constituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com participação governamental do MS, da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e da sociedade civil; 3) inclusão das comunidades quilombolas no PNS para a população do campo; 4) por meio da Portaria nº 1.434 de 14 de julho de 2004 foi definido aumento de 50% no valor dos incentivos às equipes da estratégia Saúde da Família e de saúde bucal, nos municípios com população quilombola; 5) realização de ações de saneamento básico nas áreas quilombolas, sob coordenação da Fundação Nacional de Saúde; 6) a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do MS, aprovou quilombolas como tema relevante e definiu a meta de cobertura vacinal de 95% nas áreas quilombolas onde haja equipes da estratégia Saúde da Família implantadas; 7) publicação do documento Perspectiva de Equidade na Atenção às Diferenças no Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção a Mulheres Negras, que inclui a atenção às mulheres quilombolas.

 Saúde da população negra.

Conferências de Saúde

São espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de Saúde em níveis correspondentes. São vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de Saúde nas três esferas de governo. As decisões sobre as políticas públicas de Saúde, elaboradas nos conselhos,

são expostas durante as conferências, quando é criada uma agenda para sua efetivação. As conferências nacionais são construídas de maneira descentralizada, iniciando-se nas conferências municipais de Saúde. As conferências nacionais de Saúde devem ocorrer 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.

 Controle social, Conselhos de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conferências municipais de Saúde, Participação social em Saúde.

 Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Artigo 1º, Parágrafo 1º); Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em <http://conselho.saude.gov.br>

Conferências municipais de Saúde

Reúnem, de forma ampla, usuários, trabalhadores, prestadores e gestores do SUS, para discutir e refletir sobre as condições de Saúde da população e a gestão do SUS, expressando posições e votando questões orientadoras do Sistema. Os municípios devem manter em funcionamento um Conselho Municipal de Saúde e realizar as conferências municipais de Saúde, que possuem o papel preponderante de avaliar a situação da Saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas locais de Saúde. Seguindo a orientação descentralizadora do SUS, são de suma importância, por estarem mais próximas do usuário do serviço de saúde.

 A Conferência Municipal de Saúde deve ter sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, conforme a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (art. 2 § 5º d). A Conferência Municipal de Saúde deve se reunir pelo menos uma vez a cada quatro anos, com a participação dos usuários (50%), de representantes do governo, dos prestadores de serviços e dos trabalhadores de saúde. Deve ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho Municipal de Saúde.

 Conferências de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Conselhos de Saúde, Controle social, Participação social em Saúde.

 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Cartilha Conferência Municipal de Saúde – Passo a Passo, no CD-ROM encartado nesta publicação.

C

Conselho Municipal de Saúde

É um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, consultivo, normativo e fiscalizador das ações e serviços de Saúde no âmbito do SUS, no município. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. São constituídos por participação paritária de usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviços (25%), cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído. Para que um Conselho funcione de forma adequada, é necessário que seja representativo e tenha legitimidade, além das condições previstas pela lei. Os usuários são escolhidos por membros de sua classe, com direito à voz e voto. A participação é voluntária e não-remunerada. As reuniões do Conselho são mensais e abertas para toda a população, com direito à voz.

 A criação dos conselhos municipais de Saúde é estabelecida por lei municipal, com base na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, após demanda da população, estabelecida por meio das conferências municipais de Saúde. Acatando a solicitação da população e/ou da câmara dos vereadores, o prefeito municipal convoca uma Conferência Municipal de Saúde, quando são debatidos temas relacionados à Saúde e ao SUS. Dessa Conferência, são eleitos os representantes dos diversos segmentos que vão atuar no Conselho Municipal de Saúde. Após essa demanda, o prefeito formula e sanciona a lei de criação do Conselho Municipal de Saúde.

 Conselhos de Saúde, Conferências municipais de Saúde, Conferências de Saúde.

 Guia do Conselheiro (em Instrumentos de Gestão), no CD-ROM encartado nesta publicação.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Órgão que congrega os secretários de Saúde dos estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, tendo por finalidade operar o intercâmbio de experiências e informações entre seus membros, assegurando a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar da Saúde brasileira, na implementação de ações e serviços de Saúde. Promove o pleno exercício das responsabilidades das secretarias de Saúde, no que diz respeito às políticas de Saúde, junto aos órgãos dos governos federal e municipal, ao Poder Legislativo e às entidades da sociedade. Realiza diligencia no sentido de que as secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal participem da formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas de Saúde nas unidades federadas, em conjunto com o Ministério da Saúde (MS). Assegura às secretarias municipais de Saúde ou órgãos municipais equivalentes, através da direção do Conselho ou Associação de Secretários Municipais de Saúde de cada unidade federada, a participação em todas as decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas municipais ou intermunicipais de Saúde. Encaminha aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de Saúde em todo território nacional, estimulando e intercambiando experiências quanto ao funcionamento dos conselhos de Saúde, promovendo estudos e propondo soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da Saúde. Orienta e promove a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor Saúde. Mantém intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras de interesse para o setor Saúde. Sua diretoria é eleita em assembléias anuais.

 Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselhos de Saúde, Instâncias de pactuação.

 <http://www.conass.com.br/>; Anexo 2 da presente publicação – Contatos do SUS.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

C

Entidade não-governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de Saúde. Sua importância no cenário político brasileiro deve-se à constatação de que cabe, prioritariamente, ao município a prestação de serviços de Saúde, com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União. Conclusão baseada no entendimento de que é no município onde as necessidades de Saúde da população podem ser dimensionadas de perto. Nesse sentido, nada mais importante do que a existência de uma entidade que represente as secretarias municipais de Saúde, atuando: na formulação de políticas públicas intersetoriais e de Saúde; na disputa política em espaços nacionais de pactuação federativa e de implementação compartilhada das políticas públicas; no intercâmbio de experiências entre os municípios e com outros países e, na propagação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da Saúde. Na condição de representante das 5.562 secretarias municipais de Saúde do Brasil, o Conasems participa do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão deliberativo do SUS, e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne a representação dos três entes federados: o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conasems. Na CIT, são definidos diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. O Conasems mantém, ainda, os Núcleos Temáticos, espaços onde secretários municipais de Saúde e assessores reúnem-se para discutir políticas, realizar estudos e preparar informações e pareceres para decisão dos colegiados. Os participantes dos Núcleos Temáticos têm assento nas comissões e grupos de trabalho tripartites do SUS. Realiza o Congresso Anual Conasems, que reúne, presencialmente, todos os secretários municipais de Saúde para discutir temas do interesse dos gestores municipais e definir orientações para o trabalho de representação do Conasems e, a cada dois anos, elege a diretoria do órgão.

 **Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselhos de Saúde.**

 <http://www.conasems.org.br>; Referências para contato do Conasems, no Anexo 2 da presente publicação – Contatos do SUS.

Conselhos de Saúde

Os conselhos de Saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS), existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica do Ministério da Saúde, das secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Atuam na formulação e proposição de estratégias, e no controle da execução das políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído, em cada esfera de governo. As regras para composição dos conselhos de Saúde são, também, estabelecidas no texto legal, devendo incluir representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários, sendo a representação dos usuários paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos. A criação dos conselhos deve ser objeto de lei ou decreto, em âmbito municipal ou estadual. O Conselho Nacional de Saúde (regulado pelo Decreto nº 99.438 de 1990) estabeleceu recomendações para constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de Saúde, quais sejam: garantia de representatividade, com a escolha dos representantes feita pelos próprios segmentos; distribuição da composição, sendo 50% usuários, 25% para trabalhadores de saúde e 25% para gestores e prestadores de serviços; eleição do presidente entre os membros do Conselho. Os conselheiros são indicados pelas entidades a que pertencem, mediante discussão ampliada entre os pares ou outras entidades e movimentos afins. Recomenda-se, ainda, que não haja coincidência de mandatos entre membros dos conselhos e governantes, como forma de minimizar as possibilidades de rupturas bruscas nas políticas implementadas. Desde a edição das Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990), a existência e o funcionamento dos conselhos de Saúde são requisitos exigidos para a habilitação e o recebimento dos recursos federais repassados “fundo a fundo” aos municípios. Essa exigência foi reforçada pela Emenda Constitucional nº 29/00.

 Conselho Municipal de Saúde, Controle social, Financiamento do SUS.

 <http://www.conasems.org.br>; Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Conselhos gestores de unidades de Saúde

C

São órgãos colegiados de gestão participativa, de natureza deliberativa e fiscalizadora, com atuação no âmbito da inserção e abrangência da unidade de Saúde. Vinculados ao SUS, devem se constituir em órgãos colegiados permanentes, tendo a finalidade de assegurar a participação da população e dos trabalhadores no planejamento, acompanhamento, fiscalização, avaliação e controle da execução das políticas, serviços e ações de Saúde, no âmbito de atuação de cada unidade, em conformidade com os princípios e diretrizes dispostos na legislação sanitária. Devem também garantir o encaminhamento e fiscalização das recomendações e deliberações dos conselhos de Saúde, além de avaliar e aprovar os relatórios de atividades, de produção e de desempenho da unidade de saúde. Eles planejam e avaliam a qualidade do atendimento e, na ausência de ouvidoria, recebem diretamente as queixas da população atendida no local.



São criados por lei municipal ou por ato do executivo e devem ter composição tripartite (50% de representantes de usuários, 25% de representantes dos trabalhadores da unidade e 25% de representantes da direção da respectiva unidade). Devem reunir-se regularmente (pelo menos a cada dois meses) e extraordinariamente, quando convocado por seu presidente ou coordenador(a) ou por, no mínimo, 1/3 (um terço) de seus membros, devendo ser suas reuniões públicas e abertas. O Ministério da Saúde (MS) e as secretarias estaduais e municipais de Saúde devem proporcionar as condições necessárias, incluindo o apoio técnico ao pleno e regular funcionamento dos conselhos gestores das respectivas unidades de Saúde.

 Atores sociais, Câmaras municipais/relacionamento, Co-gestão, Conselhos municipais de Saúde, Controle social, Participa SUS, Relatório de gestão, Seminários de gestão participativa em Saúde.

Consórcios intermunicipais de Saúde

Entidades jurídicas de direito privado, com estrutura de gestão autônoma e orçamentos próprios, constituídas e financiadas pelos gestores municipais e, em alguns casos, também pelos gestores estaduais, que se consorciaram para

solucionar demandas específicas ou problemas de Saúde que não podem ser resolvidos de forma isolada, em cada município. Os consórcios intermunicipais de Saúde permitem racionalizar a utilização de recursos destinados a equipamentos, recursos humanos e instalações hospitalares, bem como criar centros de especialização que seriam caros e ociosos para atender a apenas um município, tornando-se viáveis quando reúnem usuários de várias cidades. A descentralização do uso desses equipamentos evita, ainda, a concentração do fluxo de pacientes e de recursos do SUS em uma única municipalidade. No Brasil, os consórcios intermunicipais, que têm personalidades jurídicas próprias, são responsáveis pela ampliação do atendimento especializado, assim como pelas internações hospitalares e exames complementares. Está em discussão no Congresso Nacional um projeto de lei que cria os consórcios públicos.



A organização de um consórcio deve ser uma iniciativa dos municípios, preservando a decisão e a autonomia dos governos locais. O primeiro passo é a articulação entre os gestores municipais para negociação e pactuação entre os municípios, na elaboração e aprovação de um instrumento consorcial que expresse os compromissos a serem assumidos, o que independe de autorização legislativa. Esse instrumento de formalização do consórcio deve explicitar, entre outros aspectos: o município-sede do consórcio; seu objeto e duração; a alocação de recursos; a prestação de contas; o controle social; a submissão às normas de direito público; as obrigações dos consorciados e todos os aspectos e questões pactuadas pelos municípios que o integram. A partir da consolidação do acordo, verifica-se a necessidade (ou não) da criação de uma pessoa jurídica para administração do consórcio, o que dependerá da natureza dos serviços e ações objeto do consórcio. É importante lembrar que, mesmo sendo uma pessoa de direito privado, por ser instituída e mantida por entes públicos para a execução de serviços públicos, em determinados casos as normas do direito público prevalecerão sobre as do direito privado. São exemplos disso: a prestação de contas; a realização de prova seletiva para admissão de pessoal (CLT); a licitação; a acumulação de cargos públicos, etc. Na maioria das vezes, os consórcios em Saúde têm sido constituídos sob a forma de sociedades civis sem fins lucrativos e, conseqüentemente, de interesse público. Nesses casos, faz-se necessário que cada município integrante

do consórcio solicite, junto ao respectivo Poder Legislativo, autorização para participação em pessoa jurídica, o que deve ser expresso mediante lei específica explicitando, também, a destinação de recursos. Para o município-sede da pessoa jurídica, a lei autorizadora deve, ainda, declarar que esta pessoa é de utilidade pública. A partir dessa lei, são providenciadas: a aprovação do estatuto do consórcio em assembléia geral dos municípios consorciados e o consequente registro no cartório competente; a elaboração da ata da assembléia de aprovação do estatuto, na qual devem constar os dirigentes escolhidos do consórcio e estar mencionada a lei autorizadora de cada município; a inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes (CGC); a assinatura de decreto abrindo crédito especial para a destinação de recursos ao consórcio no exercício corrente; publicação no Diário Oficial competente. É importante destacar que, em todos os momentos, deve ser estabelecida e observada uma perfeita consonância com os princípios e diretrizes do SUS, como a descentralização com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade. Também é importante frisar que o consórcio não é gestor de nenhum sistema municipal de Saúde; não interfere na autonomia municipal e não substitui as responsabilidades e competências do gestor estadual. A forma de organização de um consórcio deve ser ágil, leve e sem burocracia. Em geral, os consórcios têm se caracterizado pela seguinte estrutura administrativa: um Conselho de Municípios (responsável pela condução da política do consórcio), um Conselho Fiscal (responsável pelo controle da gestão financeira do consórcio) e uma Secretaria Executiva ou de Coordenação (responsável pela implementação das ações). Para desenvolver suas funções, o consórcio necessita de equipes técnica e administrativa, compostas por recursos humanos oriundos dos municípios integrantes, ou contratados mediante seleção pública sob regime da CLT. A participação da comunidade, seja na formulação de propostas ou na apresentação de reivindicações, seja no exercício do controle social, deve ser exercida por intermédio dos próprios conselhos de Saúde dos municípios integrantes do consórcio. Além dessa forma institucionalizada de participação social, é importante dar ampla divulgação às ações e atos realizados pelos consórcios: a população deve ser permanentemente informada, até porque o seu objeto é o interesse público. Além da comunicação legalmente requerida, feita por intermédio dos veículos oficiais, devem ser utilizados os

diferentes e diversificados meios acessíveis às comunidades. As atividades desenvolvidas pelo consórcio devem compor um plano de trabalho específico que, da mesma forma, integrará a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do estado e, em consequência, ser objeto de apreciação no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Essas dinâmicas, indispensáveis à harmonização, integração e modernização do SUS, favorecem não só a potencialização dos recursos disponíveis, como também dá cumprimento ao modelo de gestão adotado para o sistema. É importante esclarecer que o Conselho Fiscal não pode ser integrado pelas mesmas pessoas que autorizam o repasse e a utilização de recursos e exercem a fiscalização externa à pessoa jurídica. Portanto, não deve ser integrado por pessoas que pertençam ao Poder Legislativo ou ao Poder Judiciário, tendo em vista a independência dos poderes. O consórcio deve prestar contas de sua gestão financeira a cada um dos municípios e, se a legislação estadual assim o exigir, ao respectivo Tribunal de Contas. Quanto ao controle e à avaliação, aplicam-se aos consórcios intermunicipais de Saúde as normas do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), previstas em legislação específica.

 Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões intergestores bipartites (CIBs), Conselhos de Saúde, Instâncias de pactuação, Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

 <http://www.datasus.gov.br/cns/APOIO/consorciosaude.htm>.

Contabilidade pública/como realizar orçamento

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de Saúde são provenientes do orçamento da seguridade social, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). A Lei Orçamentária Anual (LOA) estima as receitas e fixa as despesas para um determinado exercício financeiro e é elaborada de acordo com a Lei das Diretrizes Orçamentárias. Todas as receitas e despesas são contabilizadas por meio de contas de resultado. Para cada despesa deve existir um crédito (dotação) à sua conta, correspondente ao seu valor. Não havendo crédito ou mesmo não sendo o seu valor suficiente, pode-se adicionar ao orçamento, por meio de créditos complementares, que podem ser especiais

(quando não existir dotação específica) ou suplementares (quando já existir dotação específica, com valor insuficiente), face às necessidades existentes. Para o crédito especial, é necessária a aprovação do Poder Legislativo, o que não é necessário em caso de suplementação. Para atender às despesas emergenciais, deve-se usar o instrumento chamado crédito extraordinário. Para efetivar uma receita ou realizar uma despesa, deve-se obedecer ao disposto na Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964.

 **Descentralização.**

 **Constituição Federal (arts. 165-169); Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, no CD-ROM encartado nesta publicação.**

Contratação de prestadores de serviços

Abrange todas as relações pactuadas e formalizadas de gestores com prestadores de serviços de Saúde, estabelecendo obrigações recíprocas. No geral, cabe aos prestadores, públicos e privados, a produção de serviços de Saúde cujos custos são feitos com recursos públicos, sob gestão de uma esfera de governo. A necessidade e a diretriz geral de contratação de serviços de Saúde são dadas pela Constituição de 1988, no parágrafo único do artigo 199, que diz: “As instituições privadas poderão participar 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.” A contratação de prestadores de serviços se viabiliza pelos contratos de serviços, convênios e contratos de gestão. As relações entre gestores do SUS e os serviços privados com fins lucrativos têm sido mediadas pelos contratos de serviços, baseados no pagamento de procedimentos por produção. Os convênios e contratos de gestão têm se destinado à relação entre gestores do SUS e entidades públicas, filantrópicas e sem fins lucrativos. As ações de contratação ainda carecem de uma reformulação dentro da nova política de regulação da atenção à Saúde, na qual pode-se prever a articulação com ações de programação, regionalização, controle, regulação do acesso e de avaliação. A contratação é instrumento necessário ao controle e qualificação da assistência.

 1) Proceder ao levantamento dos dados para identificar se a capacidade instalada de que o município dispõe é insuficiente para atender à demanda no(s) serviço(s) que se pretende comprar; 2) submeter o demonstrativo de necessidades de compra de serviços à apreciação do Conselho Municipal de Saúde; 3) elaborar justificativa da inexigibilidade; 4) elaborar modelo de contrato e/ou convênio; 5) definir valores de procedimentos a serem praticados; 6) definir indicadores a serem adotados no processo de classificação dos serviços; 7) elaborar Edital de Chamada Pública; 8) elaborar documento destinado aos prestadores de serviços da sua base territorial, anunciando a compra de serviços e questionando o interesse da participação em caráter complementar no SUS; 9) encaminhar ofício ao prefeito, justificando a necessidade da efetivação de compra de serviços e a necessidade de promover o chamamento público, com a indicação dos recursos disponíveis para a despesa; 10) protocolar o ofício, que se transforma no processo administrativo que dará origem ao convênio e/ou contrato; 11) submeter o processo a parecer da Assessoria Jurídica da administração; 12) tornar público o processo por meio da imprensa (Diário Oficial, jornais de grande circulação, rádio, etc); 13) proceder à análise dos documentos apresentados pelos interessados; 14) realizar a aplicação dos indicadores e proceder à classificação dos serviços; 15) organizar o banco de prestadores; 16) efetivar convênios e contratos que se façam necessários; 17) publicar convênio(s) e/ou contrato(s) firmados no Diário Oficial.

 **Complexo regulador, Descentralização, Regulação da atenção à Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, Remuneração por serviços produzidos.**

 Departamento Regulação Avaliação e Controle de Sistemas, no Anexo 2 da presente publicação – Contatos SUS; Caderno SAS – Orientações para Contratação de Serviços de Saúde/MS, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Controle assistencial

Compreende o Cadastro de Estabelecimentos, Profissionais e Usuários; a habilitação dos prestadores para prestação de determinados serviços; a programação

orçamentária por estabelecimento; a autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade; o monitoramento e a fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento, por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial; o monitoramento e a revisão das faturas prévias, relativas aos atendimentos, apresentadas por cada prestador de serviço; o processamento da produção de um determinado período e o preparo do pagamento aos prestadores.



Estruturar o serviço de controle assistencial (controle e avaliação) de forma articulada e integrada com a contratação dos serviços, a regulação assistencial e a avaliação das ações de Saúde.



Complexo regulador, Contratação de prestadores de serviços, Descentralização, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial.



Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 da presente publicação – Contatos SUS.

Controle de doenças/agravos

Quando aplicada a doenças transmissíveis e a algumas não-transmissíveis, a expressão diz respeito a operações ou programas desenvolvidos com o objetivo de reduzir sua incidência e/ou prevalência das doenças/agravos.



Regionalização.

Controle social

É um mecanismo institucionalizado pelo qual se procura garantir a participação e o controle social, com representatividade, no âmbito da Saúde. Prioritariamente ele é realizado através dos conselhos de Saúde, mas se dá em muitas outras instâncias, além deles. Deve ser uma prática que permeia todas as ações e serviços de Saúde. Por meio dos conselhos de Saúde ocorre a participação mais direta da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de Saúde (garantidas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que instituiu os conselhos e as conferências de Saúde como instância de controle social do SUS nas três esferas de governo). Atualmente, estima-se que existam mais de 100 mil conselheiros de Saúde em todo o País. O SUS garante

aos estados, Distrito Federal e municípios a autonomia para administrar os recursos da Saúde, de acordo com a sua condição de gestão (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal). Para isso, é preciso que cada região tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Assim, os recursos federais são repassados por meio do Fundo Nacional para os fundos estaduais ou municipais de Saúde ou, ainda, dos fundos estaduais para os fundos municipais de Saúde.



Compete ao gestor informar à população de seu município sobre os mecanismos de participação e controle social dispostos na legislação, fomentando todas as formas de mobilização social favoráveis. Para participar de um conselho de Saúde o cidadão precisa pertencer a alguma entidade, à qual representará no colegiado. A maioria dos conselhos de Saúde estabelece formatos eleitorais nos quais a população pode se candidatar para participar. Em geral, a população organizada é mais ativa nesse processo.



Conselho Municipal de Saúde, Gestão plena do sistema municipal, Participação social em Saúde.



Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Convênios federais de Saúde

Cooperação técnica e financeira realizada pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Funasa, com órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal; prefeituras municipais; santas casas de misericórdia; entidades filantrópicas e outras sem fins lucrativos; consórcios intermunicipais de Saúde; organizações não-governamentais (ONGs); organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips). Os convênios visam à execução de programas de trabalho, projetos, atividades ou eventos na área da Saúde, de interesse recíproco, em regime de cooperação mútua, podendo ser firmados por iniciativa dos gestores, proposta do Poder Executivo Federal ou emendas de parlamentares ao projeto da Lei Orçamentária Anual.



No site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), na entrada “Convênios”, link “Normas de cooperação técnica e financeira”, poderão ser encontrados os formulários de preenchimento obrigatórios (Anexos I e II) e toda a

documentação exigida. Após a impressão, preenchimento dos anexos e obtenção da documentação necessária, o dirigente responsável pela habilitação do convênio deverá entregar o material à Divisão de Convênios e Gestão do seu Estado ou à Central de Recebimento de projetos do FNS, em Brasília. A documentação exigida para a celebração de convênios, embora deva ser atualizada, conforme determina a legislação, não necessita ser reapresentada a cada pleito, proposta ou projeto de um mesmo dirigente responsável pela habilitação do convênio. A execução de convênios deve ocorrer de acordo com o objeto do convênio e do plano de trabalho aprovado. A prestação de contas deve ser feita na forma indicada nas Normas de Cooperação Técnica e Financeira, observado o disposto na IN/STN/MF nº 01/97, de 15/01/1997.

 Débitos/parcelamento, Financiamento do SUS.

 Normas de Financiamento de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneres, Orientações Gerais do Fundo Nacional de Saúde sobre a Execução de Convênios, disponíveis no site <http://www.fns.saude.gov.br>; Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Cosméticos e produtos de beleza/registo

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde é o órgão federal responsável pela concessão de registros dessa categoria de produto.

 Para organizar a execução ações de vigilância nas unidades de produção, o município poderá solicitar o apoio e orientação da vigilância estadual.

 Agrotóxicos/análises de resíduos, Alimentos/registo, Inspeção em vigilância sanitária, Medicamentos/remédios, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.



Dengue/programa

D

Débitos/parcelamento

Os débitos para com o Fundo Nacional de Saúde (FNS) identificados por meio de acompanhamento, análise de prestação de contas ou em auditorias oriundas de convênios, contratos, prestação de serviços e “transferências fundo a fundo”, bem como o descumprimento de financiamentos concedidos na forma do inciso XI do artigo 5º do Decreto nº 3.964 de 10 de outubro de 2002, relacionados com ações e serviços de Saúde, podem ser parcelados, independentemente do ano de apuração. Para tanto, o gestor deve enviar solicitação, por meio de ofício, ao diretor executivo do FNS. O pedido passará por exame técnico relativo ao mérito e à procedência.



Convênios federais de Saúde, Financiamento do SUS.



Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2002; Portaria nº 1.751, de 2 de outubro de 2002, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Dengue/programa

O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) tem o objetivo de reduzir o impacto da doença no Brasil, envolvendo ações permanentes e intersetoriais, uma vez que não existem evidências técnicas de que, em curto prazo, seja possível a erradicação do mosquito transmissor *Aedes aegypti*. Implantado em 2002, desenvolve – em parcerias com estados e municípios – campanhas de comunicação e mobilização social visando à prevenção e ao controle do mosquito transmissor (eliminando potenciais criadouros do vetor em ambiente doméstico e tratando com larvicidas apenas aqueles onde ações alternativas não puderam ser adotadas). O PNCD instituiu dez componentes de ação, dentre eles, o fortalecimento da vigilância epidemiológica, de modo

D

a ampliar a capacidade de detecção precoce de casos da doença, a integração do combate à dengue na atenção básica – com a mobilização dos programas de agentes comunitários de Saúde (Pacs), estratégia Saúde da Família e ações de saneamento ambiental visando à redução de criadouros. Neste componente pretende-se estabelecer parcerias com vistas à instalação de uma rede de ecopontos para recolhimento e destinação adequada de pneus inservíveis. O *Aedes aegypti* é um mosquito altamente endófilo, utilizando na maioria das vezes os depósitos de água domiciliares e outros artefatos como seus principais criadouros. Segundo dados entomológicos, aproximadamente 70% dos criadouros estão no interior dos domicílios. Neste caso, as ações de saneamento domiciliar são de grande importância para o controle do mosquito. Ações simples, como a vedação de caixas d'água e outros possíveis depósitos de água, desobstrução de calhas, entre outras, são importantes para o controle do vetor.

 Os municípios recebem os recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS), sendo que na programação pactuada integrada de vigilância em Saúde (PPI-VS) são pactuadas as ações relativas à prevenção e ao controle da dengue a serem executadas. Os insumos destinados ao controle do mosquito são repassados pelo Ministério da Saúde, conforme acordado na Política de Gestão de Insumos Estratégicos.

 Epidemia/controle, Saúde da Família, Programação pactuada integrada da vigilância em Saúde (PPI-VS), Teto financeiro da vigilância em Saúde (TFVS).

Descentralização

É o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios.

 Co-gestão, Equidade em Saúde, Integralidade, Municipalização, Regionalização, Universalidade da Saúde.

Desenvolvimento sustentável

Estratégia de desenvolvimento que harmoniza crescimento econômico com a promoção da equidade social e a proteção do patrimônio natural, garantindo que as necessidades das atuais gerações sejam atendidas sem comprometer o atendimento das gerações futuras.

 **Segurança social, Vigilância ambiental em Saúde (VAS).**

Desprecariza SUS

 **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza SUS).**

Direitos e deveres dos pacientes

São definidos pela legislação sanitária brasileira. Os direitos são: ter acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde; ter acesso ao atendimento ambulatorial em tempo razoável, para não prejudicar a saúde; ser atendido, com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade, em local e ambiente digno, limpo, seguro e adequado para o atendimento; conseguir identificar as pessoas responsáveis direta ou indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a profissão, cargo do profissional e o nome da instituição; receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive seus benefícios e riscos, duração e alternativas de solução; ser informado dos possíveis efeitos colaterais de medicamentos, exames e tratamentos a que será submetido; ter suas dúvidas prontamente esclarecidas; ter anotado no prontuário, em qualquer circunstância, todas as informações relevantes sobre sua saúde, de forma legível, clara e precisa, incluindo medições com horários e dosagens utilizadas, risco de alergias e outros efeitos colaterais, registro de quantidade e procedência do sangue recebido, exames e procedimentos efetuados; ter disponíveis, caso solicite, cópia do prontuário

e quaisquer outras informações sobre o tratamento; receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, digitadas ou escritas em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; ser previamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, o que deve seguir rigorosamente as normas de experimentos com seres humanos no País e ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital. Entre as obrigações, temos: comparecer às consultas e exames, nas datas e horários previamente marcados; seguir as recomendações e orientações médicas, acompanhar e participar das decisões e rumos dos serviços de Saúde dos seus municípios.

 **Participação social em Saúde.**

 Constituição Federal (Título VIII - Da Seguridade Social – Seção II – Da Saúde); Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Diretrizes orçamentárias/legislação

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 165 a 169 estabelece normas gerais para elaboração e execução financeira do orçamento. Constam dessas disposições constitucionais a previsão da existência do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

 **Contabilidade pública/como realizar orçamento, Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29).**

 Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Discriminação e preconceito

A discriminação é definida como “toda distinção, exclusão ou preferência fundada na raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social que tenha por efeito anular ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento no emprego e na ocupação”. Já o preconceito é toda “atitude negativa que contém uma predisposição à ação e se expressa a

partir de uma indisposição ou um julgamento prévio que se faz de pessoas estigmatizadas por atributos atribuídos a ela ou ao grupo a que pertence”. Preconceito e discriminação acontecem de modos diferentes. A discriminação pode ser proibida por meio de leis, normas e políticas públicas, mas não há como se proibir ter preconceito. Assim, é preciso inibir e mesmo reprimir por meios legais as práticas discriminatórias, e trabalhar pela consolidação da consciência ética, por meio de processos educativos, visando à superação dos preconceitos. Só teremos efetivamente a garantia da universalidade e da equidade no SUS, quando superarmos as discriminações e os preconceitos em todas as nossas unidades de atendimento e em todas as esferas de gestão.

 Saúde da população idosa, Saúde da população indígena, Saúde da população negra.

Dispensação/dispensário

Dispensário de medicamentos é o setor de fornecimento de medicamentos industrializados privativo, de pequena unidade hospitalar ou equivalente. Dispensação, por sua vez, é o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse 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.

 Assistência farmacêutica, Centrais farmacêuticas, Medicamento de referência, Medicamento genérico, Medicamentos essenciais, Medicamento similar, Medicamentos/programas de distribuição, Notificação de receita médica, Programa Farmácia Popular do Brasil, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).

 Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, em <http://www.cff.org.br>; Documento Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – Instruções Técnicas para a sua Organização (MS) e Assistência Farmacêutica para Gerentes

Municipais (Opas) em <http://www.opas.org.br/medicamentos>, portal da Assistência Farmacêutica.

Distrito sanitário especial indígena

D

Modelo de organização de serviços de Saúde orientado para o estabelecimento de um espaço étnico-cultural dinâmico, além de geográfico, populacional e administrativamente bem delimitado. Contempla um conjunto de atividades técnicas e administrativo-gerenciais necessárias à prestação de assistência à Saúde dos povos indígenas, com controle social.

 Saúde da população indígena.

Distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho (Dort)

 Lesões por esforços repetitivos (LER).

Doença de Chagas/melhoria das habitações

A melhoria das condições físicas e sanitárias de habitações localizadas em áreas endêmicas, que registrem a presença de espécies domiciliadas do vetor transmissor (colônias intradomiciliares e peridomiciliares) é determinante para o controle da doença de Chagas. Envolvem o restauro de moradias, mediante a substituição e/ou recuperação de paredes e pisos, a execução de reboco e pintura nas paredes internas e externas, a melhoria das condições de ventilação e de iluminação, a recuperação e melhoria das instalações sanitárias, ou ainda a reconstrução total da moradia, com demolição da antiga e substituição por uma nova unidade. Além da unidade habitacional, são feitas ainda ações nas áreas que circundam o domicílio, como a recuperação de abrigos de animais (pocilgas, galinheiros, estábulos), de depósitos de ferramentas e de cercas de proteção. Foram adotadas pelo Ministério da Saúde, desde 1967 a 1969, em experiência iniciada pelo DNERu-MG e, a partir de 1976, pela Fundação Sesp. Hoje são fomentadas pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

 As ações para melhoria da habitação dirigidas às áreas endêmicas da doença de Chagas interessam diretamente ao gestor municipal. A Portaria

nº 443 de 3 de outubro de 2002 define procedimentos para celebração de convênios de natureza financeira pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), nos casos que especifica e implanta o sistema de convênios Siscon. A Portaria nº 106 de 4 de março de 2004, por sua vez, aprova os critérios e os procedimentos para aplicação de recursos financeiros (saneamento ambiental: saneamento básico, esgotamento sanitário, melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas e outros). Para cadastrar seu município acesse o [site www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br), clique no link “Pleitos” e entre com os dados da prefeitura e a solicitação. Devem ser considerados aspectos da transmissão da doença, comportamento e biologia dos vetores e hospedeiros vertebrados (estudos entomológicos) e, acima de tudo, requerem planejamento e execução tendo a comunidade como condutora e parceira do processo, uma vez que as ações serão efetuadas em suas casas, respeitados seus hábitos e cultura.

 Saneamento ambiental, Saneamento/melhorias básicas domiciliares e coletivas.

 Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002; Portaria nº 106, de 4 de março de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Doença relacionada ao trabalho

Conjunto de doenças que guarda uma relação com o trabalho exercido em momento atual ou pregresso pelo trabalhador, que desempenha o papel de causa necessária, contribuinte ou modificadora do desencadeamento e ou agravamento do processo mórbido. É competência legal do SUS editar periodicamente a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, sendo que sua última versão foi editada por meio da Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999.

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agravos à Saúde relacionados ao trabalho, Agrotóxico, Amianto (ou asbesto), Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Cerest), Lesões por esforços repetitivos (LER), Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Saúde do trabalhador, Silicose, Vigilância dos ambientes de trabalho.

 Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999; Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, MS, 2001, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Doenças de notificação compulsória

D

São doenças ou agravos à Saúde que devem ser notificados à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de controle pertinentes. Em alguns casos, como na vigilância das paralisias flácidas e do sarampo, é necessário notificar a não ocorrência da doença – Notificação Negativa. As ações preventivas e de controle são norteadas pelas notificações recebidas. Algumas doenças que devem ser notificadas: cólera, febre tifóide, botulismo, tuberculose, peste, dengue, febre amarela, hantavirose, varíola, doenças exantemáticas (sarampo, rubéola etc), tularemia, hepatite B/C, aids, malária, carbúnculo ou antraz, leptospirose, hanseníase, leishmaniose, tétano, difteria, coqueluche, doença de chagas, esquistossomose, sífilis congênita, meningite, febre maculosa, gestante com rubéola, síndrome da rubéola congênita, gestantes HIV e crianças expostas, poliomielite, paralisia flácida aguda, raiva humana. Essas doenças exigem atenção especial da vigilância epidemiológica. Além disso, o acompanhamento dos casos possibilita identificar a ocorrência de surtos e epidemias, como também definir medidas para o controle e para a prevenção.

 A notificação deve ser feita quando existe suspeita da doença, sem necessidade de aguardar sua confirmação. Alguns dos agravos acima mencionados, além da notificação periódica semanal, devem ser comunicados imediatamente (prazo máximo de 24 horas) às secretarias estaduais de Saúde e estas a SVS, no ato da constatação da suspeita ou diagnóstico de caso ou surto, por meio de telefonema, fax ou e-mail, sem prejuízo de registro das notificações pelos procedimentos rotineiros do Sinan (Sistema Nacional de Agravos de Notificação).

 Epidemia/controle.

Doença diarreica aguda (DDA)

As doenças diarreicas agudas (DDAs) – diarreia, disenteria e gastroenterites – são importantes causas de adoecimento e mortalidade no Brasil, principalmente entre crianças menores de cinco anos. As DDAs têm relação direta com a falta de saneamento básico e desnutrição crônica, entre outros fatores que

interferem na condição de vida e saúde da população. O acompanhamento dos casos de diarreia é de extrema necessidade, sendo de grande importância que os gestores municipais as notifiquem ao sistema de monitoramento das doenças diarreicas agudas (MDDA) e à vigilância epidemiológica das doenças transmitidas por alimentos (VE-DTA). O MDDA é uma atividade obrigatória e faz parte da programação pactuada integrada da área de vigilância em Saúde (PPI-SVS).

 **Atenção básica à Saúde, Epidemia/control, Saneamento básico, Vigilância em Saúde.**

Doenças e agravos não-transmissíveis

Grupo de doenças abrangente, do qual as mais prevalentes são as doenças cardiovasculares (doenças isquêmicas do coração, doenças cérebro-vasculares e hipertensão), as chamadas crônico-degenerativas (câncer, diabetes, doenças renais e reumáticas etc), os agravos decorrentes das causas externas (acidentes, violências e envenenamentos) e os transtornos de natureza mental. A vigilância de doenças e agravos não-transmissíveis possibilita conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças, bem como os seus fatores de risco na população, identificando condicionantes sociais, econômicos e ambientais. Além disso, incorpora informações geradas pelos serviços e programas de atenção à Saúde na comunidade, como a estratégia Saúde da Família.

 **Epidemia/control; Saúde da Família; Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), no Anexo 3 da presente publicação.**

Drenagem urbana/para controle da malária

O sistema de manejo de águas pluviais urbanas abrange o conjunto de obras, instalações, serviços e dispositivos normativos voltados para a sua captação ou retenção, infiltração ou aproveitamento, além da coleta, transporte, reserva, contenção para amortecimento de vazões e cheias, melhora do fluxo dos cursos naturais e artificiais, tratamento e lançamento das águas pluviais. O manejo inadequado das águas pluviais e a má gestão das coleções hídricas,

no meio urbano, podem contribuir para a proliferação de diversas doenças como malária, dengue, leptospirose, filariose, febre tifóide e outras, podendo ainda provocar enchentes que acarretam perdas de vidas humanas, acidentes e prejuízos financeiros.

D



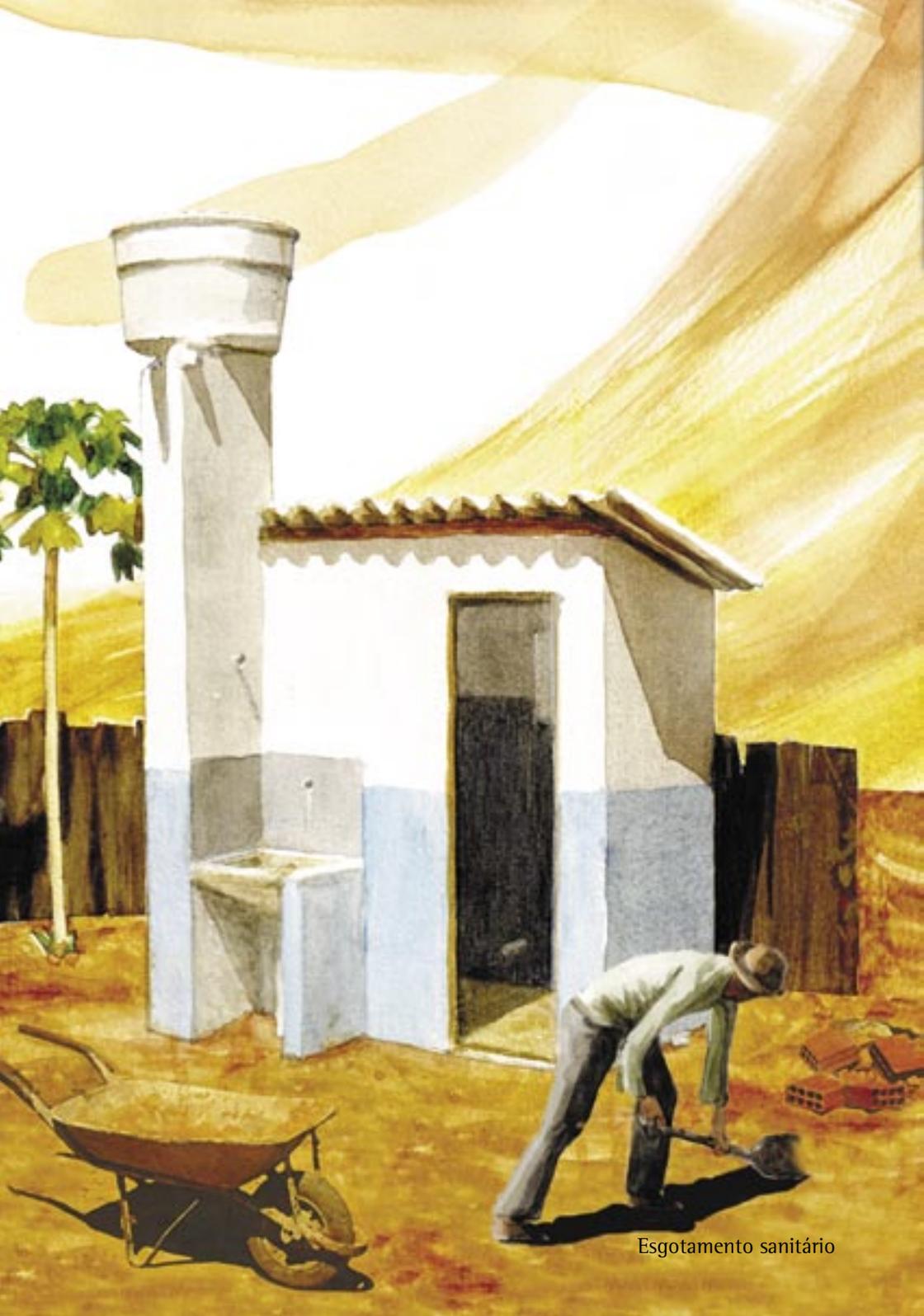
O Funasa do MS financia ações de manejo ambiental e de manejo de águas pluviais e fluviais voltadas para controle da malária, as quais envolvem sistemas de micro e macro-drenagem, remoção de vegetação e retificação de cursos de água. No planejamento dessas ações é de fundamental importância realizar pesquisas entomológicas e epidemiológicas, objetivando identificar, com precisão, os locais escolhidos como criadouros pelo transmissor da malária (o mosquito anofelino), de forma a orientar as ações de drenagem.



Abastecimento de água, Esgotamento sanitário.



<http://www.funasa.gov.br>; Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002; Portaria nº 106, de 4 de março de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.



Esgotamento sanitário

Economia da Saúde

É o campo de conhecimento voltado para o desenvolvimento e uso de ferramentas de economia na análise, formulação e implementação de políticas de Saúde. Envolve a análise e o desenvolvimento de metodologias relacionadas ao financiamento do sistema, a mecanismos de alocação de recursos, à apuração de custos, à avaliação tecnológica etc. Busca o aumento da eficiência no uso dos recursos públicos e a equidade na distribuição dos benefícios de Saúde por eles propiciados. Há, no Ministério da Saúde, um Departamento de Economia da Saúde que subsidia a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos na formulação de políticas, diretrizes e metas para a implementação da Política Nacional de Saúde e aperfeiçoamento contínuo do SUS, por meio do emprego de instrumental disponibilizado pelo campo da Economia da Saúde.

 Pesquisa em Saúde, Pesquisa em saúde/fomento, Pesquisa/desenvolvimento.

Educação continuada

Atividades de ensino envolvendo programas de atualização, aperfeiçoamento e especialização, formação pós-graduada *stricto sensu*, congressos e eventos de interesse profissional e atividades de estudo dirigido ou sob orientação individual ou coletiva.

 Política de Educação Permanente em Saúde.

Educação em Saúde

E

Processo educativo de construção de conhecimentos em Saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de Saúde de acordo com suas necessidades. A educação em Saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de Saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população. A educação em Saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da Saúde.

 Educação popular em Saúde, Política de Educação Permanente em Saúde.

Educação permanente em Saúde

 Política de Educação Permanente em Saúde.

Educação popular em Saúde

Processo que tem como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em Saúde, abrangendo a formação e a produção de conhecimentos sobre a gestão social das políticas públicas de Saúde, o direito à Saúde, a organização do sistema e os deveres das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal).

 Política de Educação Permanente em Saúde, Pólos de educação permanente em Saúde

Educar SUS

Designação utilizada para abranger o ordenamento da formação de trabalhadores e profissionais de saúde e a política de gestão da formação da gestão da formação e da educação popular em Saúde coordenada pelo Departamento

de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS).

 [Política de Educação Permanente em Saúde.](#)

Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29)

Alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 189 da Constituição Federal, estabelecendo um percentual mínimo da receita para aplicação de recursos na área da Saúde. No caso de estados, municípios e do Distrito Federal os recursos destinados às ações e serviços de Saúde estão vinculados à receita de impostos e transferências constitucionais. No caso da União, o percentual mínimo de aplicação é definido com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem disponibilizar obrigatoriamente para a Saúde 12% de suas receitas, enquanto municípios devem aplicar uma soma de 15%. O desrespeito à lei autoriza a União a intervir nos estados e estes nos seus respectivos municípios. A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos conselhos de Saúde e pelas assembleias legislativas e câmaras municipais. Atualmente já foi incorporada à Constituição Federal.

 [Conselhos de Saúde, Financiamento do SUS, Financiamento municipal do SUS, Vinculação de recursos.](#)

 [Emenda Constitucional nº 29, de 2000 \(texto integral\) no CD-ROM encartado nesta publicação.](#)

Endemias

Consiste na presença contínua de uma enfermidade ou de um agente infeccioso em uma zona geográfica determinada; pode também expressar a prevalência usual de uma doença particular em uma zona geográfica. O termo hiperendemia significa a transmissão intensa e persistente, atingindo todas as faixas etárias; por sua vez, holoendemia refere-se a um nível elevado de infecção, que começa a partir de uma idade precoce e afeta a maior parte da população jovem, como, por exemplo, a malária, em algumas regiões do globo.

 [Doenças de notificação compulsória, Epidemia/controle.](#)

Epidemia/controle

E

Consiste na manifestação, em uma coletividade ou região, de um número de casos de alguma enfermidade que excede, claramente, a incidência prevista. A quantidade de casos que indica ou não a existência de uma epidemia vai variar conforme o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade, o local e a época do ano em que ocorre. Por decorrência, a epidemia guarda relação com a frequência comum da enfermidade na mesma região, na população especificada e na mesma estação do ano. O aparecimento de um único caso de doença transmissível, ou que invade pela primeira vez uma região, requer notificação imediata e completa investigação de campo; dois casos dessa doença, associados no tempo ou no espaço, podem ser evidências suficientes de uma epidemia. Quando aplicado a doenças transmissíveis e algumas não-transmissíveis, o controle é feito por meio de operações ou programas desenvolvidos com o objetivo de reduzir sua incidência e/ou prevalência a níveis muito baixos.

 Doenças de notificação compulsória, Desenvolvimento sustentável, Vigilância epidemiológica.

Eqüidade em Saúde

Igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário.

 Descentralização, Integralidade, Municipalização.

Equipamentos especializados/dificuldade de acesso

 Alta complexidade, Média complexidade, Regulação da atenção à Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, Regulação estatal sobre o setor Saúde.

Equipe de referência

Grupo multiprofissional que deve ser composto de acordo com os objetivos de cada serviço de Saúde, tendo uma clientela sob sua responsabilidade. Todo usuário do SUS deve ter e saber identificar sua equipe de referência. Em hospitais, por exemplo, a clientela internada deve ter sua equipe de referência. Especialistas e outros profissionais constituem uma rede de serviços de apoio às equipes de referência. Assim, ao invés de constituírem grupos profissionais hierarquizados, de forma horizontal, as equipes devem ser partes da estrutura permanente e nuclear dos serviços de Saúde. Para complementar o trabalho das equipes de referência, a nova proposta de reorganização dos serviços no SUS altera a lógica do encaminhamento, de modo que um profissional, atuando em determinado setor, oferece apoio para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se assim o esquema tradicional de organização, permitindo que os profissionais sintam-se pertencentes a uma equipe e setor, mas funcionando ao mesmo tempo como apoio para outras equipes de referência, sempre que necessário. Esse modelo operacional, que ganhou o nome de “apoio matricial”, torna possível o vínculo terapêutico.

 Acolhimento aos usuários, Atenção à Saúde, Humaniza SUS.

Equipes profissionais

Uma gestão pública comprometida com a qualidade da oferta de bens e serviços aos cidadãos deve dispor de equipe profissional qualificada para o exercício da função pública, que tenha os seguintes atributos: mérito, capacidade técnica e política, vocação para serviço público, eficácia no desempenho de sua função, responsabilidade, honestidade e adesão aos princípios e valores da democracia. Assim, uma importante atribuição do gestor municipal é a formação da equipe de profissionais que dividirá com ele as atribuições da gestão.

 Equidade em Saúde, Descentralização, Integralidade, Municipalização.

Esgotamento sanitário

E

O sistema de esgotamento sanitário abrange o conjunto das obras, instalações e serviços que envolvem a coleta, a interceptação, o transporte, o tratamento e a disposição final de esgotos sanitários. Objetiva, dentre outras coisas, eliminar a poluição dos solos e dos mananciais de abastecimento de água, evitando o contato de vetores transmissores de doença com as fezes; propicia a promoção de novos hábitos higiênicos na população e promove o conforto, ao atender o senso estético. As soluções de esgotamento sanitário podem ser coletivas ou individuais. As soluções individuais envolvem, dentre outras providências, a construção de privadas higiênicas e a instalação de fossas sépticas e é recomendada para áreas rurais e áreas urbanas de baixa densidade populacional. A solução coletiva envolve a construção de redes coletoras e unidades centralizadas de tratamento. É recomendada para as áreas de alta densidade populacional, como as urbanas em geral. O emprego da solução adequada para o destino de dejetos humanos tem grande importância sanitária, uma vez que eles podem ser veículo de germes patogênicos de várias doenças, como febre tifóide e paratífóide, diarreias infecciosas, amebíase, ancilostomíase, esquistossomose, teníase, ascaridíase etc.

 Resíduos sólidos (lixo)/manejo urbano.

 <http://www.funasa.gov.br>; Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002; Portaria nº 106, de 4 de março de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Espaços colegiados de gestão

Espaços de natureza tecno-política, característicos das instituições democráticas, nos quais se propicia a condução compartilhada dos planos, programas e projetos sociais. No SUS, existem vários espaços colegiados de gestão como os conselhos de Saúde, comissões intergestores e outros.

 Comissões intergestores bipartites (CIBs), Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Regionalização.

Execução física e financeira/convênios

 Convênios federais de Saúde.

E

Fitoterapia e plantas medicinais



Facilitadores de educação permanente em Saúde

Novo papel/nova função que está sendo construída no âmbito do SUS, de pessoas que irão acompanhar e facilitar a reflexão crítica sobre os processos de trabalho das equipes que operam no SUS. Os facilitadores são as pessoas que vão ajudar a colocar em marcha ações de educação permanente em Saúde em todo o País.

 Na escolha dos facilitadores a referência deve ser a integralidade e a pergunta a ser respondida deve ser: “Quais os principais problemas que afastam esta loco-região da atenção integral à Saúde?” Identificados os problemas, o exercício é descobrir quais os problemas mais críticos, ou seja, quais são as dificuldades que, enfrentadas, possibilitam um salto de qualidade. Definidos os nós críticos, serão localizado temas, equipes, locais geográficos, locais de atenção nos quais, prioritariamente, serão desenvolvidas ações de educação permanente. O passo seguinte é identificar pessoas com potencial para conduzir esses processos de reflexão crítica. Esses devem ser os facilitadores de educação permanente que farão parte do curso de formação.

 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Formação de facilitadores de educação permanente em Saúde, Forti SUS, Política de Educação Permanente em Saúde, Pólos de educação permanente em Saúde.

 Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004; Portaria nº 1.829, de 2 de setembro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Farmácia popular

 Programa Farmácia Popular do Brasil.

Farmacovigilância

Área da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, responsável por notificações e análises de queixas de pacientes relacionadas a efeitos de medicamentos e também a reações adversas não previstas. A unidade monitora as atividades de farmacovigilância em todo o mundo, produzindo alertas de restrição ou proibição de medicamentos.

 Para organizar a execução ações de vigilância nas unidades de produção o município poderá solicitar o apoio e orientação da vigilância estadual.

F

 Inspeção em vigilância sanitária, Medicamentos/remédios, Mercado de medicamentos, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Propaganda de medicamentos, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.

Fatores de risco

São fatores de exposição supostamente associados com o desenvolvimento de uma doença. Podem ser genéticos ou ambientais. Ao contrário dos fatores prognósticos, os fatores de risco agem antes da instalação da doença.

 Doenças e agravos não-transmissíveis.

Febre amarela

Doença provocada por vírus e transmitida pela picada de mosquitos. Nas regiões de florestas o mosquito responsável pela transmissão é o *Haemagogus* e, nas cidades, o *Aedes aegypti*, o mesmo mosquito transmissor do dengue. No Brasil, a doença ocorre em todos os estados da Região Norte (Amazônia Legal), Oeste do Maranhão, Centro-Oeste e nas áreas de florestas. Nas áreas urbanas, não tem ocorrido a transmissão da doença.

 Doenças de notificação compulsória, Epidemia/controle, Vigilância em Saúde.

Fenilcetonúria (PKU)

É um erro inato do metabolismo, de herança autossômica recessiva, com incidência de um caso positivo a cada 15 a 20 mil nascidos vivos. O portador da Fenilcetonúria (PKU) herdou, do pai e da mãe, genes que codificam uma enzima defeituosa. Como consequência, a criança não consegue metabolizar adequadamente as proteínas, instalando-se um quadro clínico de atraso global no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), acarretando deficiência mental, comportamento agitado ou padrão autista, além de convulsões, alterações eletroencefalográficas e odor característico na urina. Com o diagnóstico precoce, por meio do “teste do pezinho”, deve ser iniciada uma terapêutica dietética específica logo nos primeiros meses de vida. Para que o indivíduo tenha o desenvolvimento normal preservado e não apresente o quadro clínico acima descrito, é necessário que permaneça em acompanhamento permanente, seguindo durante toda a vida a orientação dos especialistas.

 Anemia falciforme; Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

 Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/epntn.htm>; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>

Fibrose cística

A fibrose cística ou mucoviscidose (como é também conhecida) é a mais comum dentre as doenças hereditárias consideradas severas. Obedece a um padrão de herança autossômico recessivo e afeta principalmente os pulmões e o pâncreas, em um processo obstrutivo causado pelo aumento da viscosidade do muco. Nos pulmões, esse aumento da viscosidade bloqueia as vias aéreas propiciando a proliferação bacteriana, o que leva à infecção crônica, à lesão pulmonar e ao óbito por disfunção respiratória. No Brasil, encontram-se freqüências de até um caso positivo para cada 2.500 nascidos vivos. Dentre vários sintomas, podemos encontrar: esteatorréia, dificuldade de ganho de peso, problemas respiratórios, perda de sal pelo suor, dor abdominal recorrente, icterícia prolongada, edema hipoproteinêmico, pancreatite recorrente.

te, cirrose biliar e retardo no desenvolvimento somático. O tratamento consiste em acompanhamento médico regular, suporte dietético, utilização de enzimas pancreáticas, suplementação vitamínica e fisioterapia respiratória. Finalmente, além do esquema vacinal normal, proposto pelo Ministério da Saúde, essas crianças deverão receber também imunização anti-pneumocócica e anti-hemófilos.

 Fenilcetonúria (PKU), Hipotireoidismo congênito (HC), Anemia falciforme, Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

 Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/epntn.htm> ou Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>

F

Filas nos serviços

A redução das filas e do tempo de espera no atendimento aos usuários nos serviços de Saúde, com a ampliação do acesso e do atendimento acolhedor e resolutivo é uma marca da humanização do SUS. Para isto é necessário que seja implementado um outro modo de organização da espera ao atendimento.

 Em vez de priorizar o atendimento de quem chegou primeiro ao serviço (critério por ordem de chegada ao serviço), deve-se priorizar a situação clínica dos usuários, tendo como base a avaliação e a classificação do risco, o que torna possível enfrentar o problema das filas priorizando quem, no momento, corre mais risco em função do seu agravo e/ou sofrimento.

 Acolhimento aos usuários; Atenção à Saúde; Humaniza SUS.

Financiamento do SUS

As ações e serviços de Saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo

de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29 de 2000. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde. As transferências regulares e automáticas constituem a principal modalidade de transferência de recursos federais para os estados, municípios e Distrito Federal, para financiamento das ações e serviços de Saúde, contemplando as transferências “fundo a fundo” e os pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em portarias do Ministério da Saúde. As transferências voluntárias são, por sua vez, entregas de recursos correntes ou de capital a outra esfera da federação para cooperação, auxílio ou assistência financeira não decorrente de determinação constitucional, legal, ou que se destine ao SUS.

 Contabilidade pública/como realizar orçamento, Convênios federais de Saúde, Débitos/parcelamento, Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC 29), Financiamento municipal do SUS, Fundos de Saúde, Fundo Municipal de Saúde, Fundo Nacional de Saúde (FNS), Recursos financeiros/como gastar melhor? Recursos financeiros/liberação, Recursos financeiros/transferência, Vinculação de recursos.

 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994; publicação Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Financiamento municipal do SUS

Os municípios devem destinar 15% da totalidade da arrecadação do ISS, IPTU, Imposto de transmissão intervivos, Imposto de Renda incidente na fonte sobre

rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações, transferências do Fundo de Participação dos Municípios, transferências do ITR, transferências do IPI sobre exportações, transferências do ICMS e transferências do IPVA. Além disso, os municípios recebem repasses por meio de transferências “fundo a fundo”, regulares e automáticas e voluntárias oriundas dos estados e da União. A transferência dos recursos destinados à execução da atenção básica, aos procedimentos de média e alta complexidade e às ações específicas de programas e incentivos do MS observada as condições de gestão, bem como as qualificações de estados e municípios aos respectivos programas e incentivos, de acordo com regulamentação específica. Os repasses ocorrem independentemente de convênios ou instrumentos similares e se destinam ao financiamento das ações e serviços do SUS. Se determinado município deixa de atender aos requisitos estabelecidos pela lei na administração dessas verbas, perde sua habilitação para geri-las, e elas passam a ser administradas, respectivamente, pelos estados ou pela União.

 **Convênios federais de Saúde, Financiamento do SUS, Fundos de Saúde, Recursos financeiros/liberação, Remuneração por serviços produzidos.**

 **Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994; Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico, no CD-ROM encartado nesta publicação.**

Fitoterapia e plantas medicinais

A fitoterapia é uma prática terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento com raízes antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças. Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80%

da população mundial depende dessas espécies no que se refere à atenção primária de Saúde. Ao lado disso, destaca-se a participação dos países em desenvolvimento nesse processo, já que possuem 67% das espécies vegetais medicinais do mundo. O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla sócio-diversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente este conhecimento. O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS.



- Esta política está em fase de pactuação e aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), devendo ser amplamente divulgada após finalizado este processo.



Homeopatia, Medicina antroposófica, Medicina tradicional chinesa/acupuntura, Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC).

F

Formação de agentes sociais

Os conselhos municipais de Saúde são fundamentais para o funcionamento das secretarias municipais de Saúde. Mas, sabemos que muitos deles não estão preparados para cumprir seu papel de controle social e, então, é fundamental que os gestores municipais procurem oferecer permanente capacitação dos conselheiros municipais de Saúde para ter: conselhos de Saúde que reconheçam seu papel na luta e na observância contínua dos direitos do cidadão e dos deveres do Estado no tocante à Saúde; que conheçam as diretrizes políticas, os aspectos jurídicos e normativos do SUS e dessa forma compartilhem com a gestão do sistema a aplicabilidade dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do sistema; e que representem canais de interlocução da sociedade com a gestão do sistema, de modo que a política municipal de Saúde seja uma resposta às necessidades de Saúde da população.



- Para formar os conselheiros do seu município você precisa discutir com o Conselho a necessidade de fortalecimento do controle social em sua gestão e sua disponibilidade em desenvolver programas dessa natureza; discutir com o Conselho o papel do pólo de educação permanente em Saúde

(PEP) ao qual o município pertence e qual a participação do controle social nos espaços dos pólos; e construir projetos de fortalecimento do controle social e projetos de capacitação de conselheiros que serão pactuados no pólo de educação permanente em Saúde, com assessoria dos conselhos estadual e nacional, Ministério da Saúde (MS) e atores com acúmulo de formação para o controle social, para o desenvolvimento das ações.

 Política de Educação Permanente em Saúde, Pólos de educação permanente em Saúde, Educação popular em Saúde.

F

Formação de facilitadores de educação permanente em Saúde

Curso oferecido pelo Ministério da Saúde, em duas edições, para formação de facilitadores da Educação Permanente em Saúde. Será um curso à distância, com o objetivo de ampliar o número de pessoas capazes de discutir e colaborar para a implementação da educação permanente no sistema de Saúde. Para a primeira turma já foram selecionados e formados 300 tutores, que, a partir de março, começarão a participar da formação de 6 mil facilitadores.

 Os facilitadores devem ser escolhidos nos pólos de educação permanente em Saúde de todo o País, com a participação de todos os atores que os constituem, incluindo os novos gestores municipais de Saúde.

 Facilitadores de educação permanente em Saúde.

Formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

A lei que criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) trouxe a necessidade de um processo formal de qualificação para esses trabalhadores. Para definir essa formação, durante o ano de 2003, o Ministério da Saúde elaborou um perfil de competência profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, com a participação de gestores estaduais e municipais do SUS, trabalhadores, serviços e instituições formadoras. A partir daí foi elaborada uma proposta para a formação do ACS, levando em consideração os seguintes aspectos: política de formação estabelecida pelo MEC (legislação educacional); política de formação dos trabalhadores de nível médio do SUS; especificidade do trabalho do ACS; diversidade da escolarização desses profissionais. O

Ministério da Saúde propôs que a formação do Agente Comunitário de Saúde aconteça a partir de itinerários formativos (ou seja, a formação é oferecida em etapas subsequentes e o reconhecimento de cada etapa prévia assegura que seja garantida a progressão dos estudos aos agentes, conforme sua escolaridade). Independentemente da escolaridade, o trabalhador poderá começar a formação inicial e, ao mesmo tempo, complementar sua escolaridade. Além disso, a proposta prevê a possibilidade do ACS dar continuidade aos estudos de formação profissional. O itinerário de formação do ACS começa pela formação inicial, com uma carga horária de aproximadamente 400 horas. Essa formação deve ser prioritariamente uma formação em serviço e estará a cargo das escolas técnicas do SUS. Ou seja, a formação deve ser coordenada pela Escola Técnica e realizada de forma descentralizada, de modo que os Agentes não tenham que se afastar do trabalho para cumprir boa parte da formação. A construção das propostas de formação dos ACS tem sido discutida pelos gestores municipais e estaduais e escolas técnicas do SUS. As Escolas, que serão responsáveis pela articulação loco-regional dessa formação, têm o compromisso de aproximar a formação dos agentes da gestão municipal. O Ministério da Saúde se encarrega do financiamento dessa atividade, desde que os projetos estejam coerentes com os princípios já apresentados. Além da formação dos agentes, as propostas devem prever também a formação pedagógica para os docentes que irão atuar de maneira descentralizada, bem como a confecção de material didático. Os recursos para essa formação serão repassados “fundo a fundo” para gestores estaduais ou municipais, dependendo do âmbito de desenvolvimento da formação.

 **Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Forti SUS.**

Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na Saúde

No setor Saúde, apesar de ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, a gestão do trabalho no SUS tem sido feita, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, o que faz aumentar ainda mais o grau dos conflitos da área, que, por si só, costuma ser bastante elevado. Desta forma, buscando espelhar a experiência do Ministério da Saúde no tocante à gestão do trabalho e da educação na Saúde, bem como enfrentar a pouca relevância

das atuais estruturas de gestão do trabalho e da educação em fração importante das secretarias estaduais de Saúde e sua inexistência em grande parte das secretarias municipais, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde propõe a reformulação dessas estruturas buscando a efetiva integração entre gestão do trabalho e educação na Saúde. Para tanto, necessário se faz que, a exemplo da SGTES/MS, as secretarias estaduais e municipais de Saúde possam também ter os seus setores de gestão do trabalho e da educação na Saúde (hoje chamados de Recursos Humanos) fortalecidos e/ou reformulados, objetivando dar destaque à área da gestão do trabalho e da educação no SUS. Busca-se, dessa forma, fazer com que esta área conte com apoio político suficiente por parte dos gestores e com profissionais e recursos tecnológicos apropriados, para que não se convertam em mais uma instância burocrática, mas tenham efetividade no alcance de seus objetivos. A partir da problemática levantada na área da gestão do trabalho e da educação, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade de desenvolver políticas para o fortalecimento e modernização das estruturas de gestão de pessoas nos estados e municípios. Tais iniciativas serão realizadas em parceria com o Conass e Conasems, considerando porte e necessidades dos estados e municípios. Entre as propostas de ações que a visam sensibilizar e conscientizar os gestores da necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de gestão do trabalho e da educação na Saúde estão: o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informações que permita a comunicação entre Ministério da Saúde, estados e municípios e que dê suporte às ações voltadas para a gestão do trabalho e educação na Saúde; o desenvolvimento da capacitação dos profissionais do setor para maior qualificação técnica, administrativa e institucional em planejamento, programação, acompanhamento e avaliação; e os investimentos junto às secretarias estaduais e municipais de Saúde na implantação ou fortalecimento das infra-estruturas de gestão do trabalho e da educação em Saúde.

 **Gestão do trabalho e da educação na Saúde.**

Forti SUS

Sigla do projeto de Formação Profissional Técnica por Itinerário do SUS, que visa oferecer profissionalização para trabalhadores de nível médio, mediante

a estruturação de etapas formativas que levem em conta a inserção no trabalho, a educação de adultos, a experiência acumulada e o desenvolvimento do pensamento crítico do trabalhador. Este projeto envolve o fortalecimento das escolas técnicas de Saúde, a oferta de cursos de complementação do ensino fundamental e médio, quando necessário, e a formação de professores de educação técnica.

 Política de Educação Permanente em Saúde, Pólos de educação permanente em Saúde.

Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil

F

Instituído em 2003, tem por objetivo propiciar amplo espaço de discussão e deliberação sobre questões de Saúde Mental para a população infanto-juvenil, sendo composto por representações nacionais de instituições governamentais e não-governamentais.

 Centros de atenção psicossocial (Caps), Geração de renda em saúde mental, Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Programa de Volta para Casa, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/psiquiatria, Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, Saúde mental, Serviços residenciais terapêuticos.

 Portaria 1.608, de 3 de agosto de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Fundo a fundo/recursos

 Financiamento do SUS.

Fundo estadual de Saúde

 Fundos de Saúde.

Fundo Municipal de Saúde

O Fundo de Saúde integra todos os recursos a serem utilizados nas ações e serviços de Saúde e deve ser gerenciado pelos secretários de Saúde. No caso

do município, tendo em vista que este é o responsável sanitário por excelência, ou seja, em função do SUS, as ações e serviços são descentralizados ao município, para poder cumprir com essa responsabilidade, por meio de unidades de Saúde, próprias ou prestadores de serviços credenciados para atuar na rede, é indispensável a criação dos fundos de Saúde por meio de lei. É necessário que haja uma organização mínima do Fundo, compatível com o grau de complexidade da rede de serviços, com vista à manutenção das ações e serviços e dos pagamentos em dia. Maiores informações no Manual de Gestão Financeira do SUS.

F

 Contabilidade pública/como realizar orçamento, Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC 29), Financiamento do SUS, Financiamento municipal do SUS, Fundos de Saúde, Fundo Nacional de Saúde (FNS), Recursos financeiros/como gastar melhor?, Recursos financeiros/liberação, Recursos financeiros/transferência, Vinculação de recursos.

Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Fundo especial organizado de acordo com as diretrizes e objetivos do SUS, cujos recursos estão previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA), de acordo com o Plano Plurianual dos Projetos e Ações Governamentais e provenientes de fontes nacionais – de receitas do Tesouro Nacional e de arrecadação direta do FNS – e internacionais – de acordos firmados pelo governo brasileiro com instituições financeiras internacionais como o Bird e o BID para financiamento de projetos na área de Saúde. Constituem recursos do FNS os consignados a seu favor nos Orçamentos da Seguridade Social e Fiscal da União; os decorrentes de créditos adicionais; os provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de cooperação técnica, de financiamento e de empréstimo; os provenientes do Seguro Obrigatório do DPVAT; os resultantes de aplicações financeiras; os decorrentes de ressarcimento de recursos por pessoas físicas e jurídicas originários de prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditoria; as receitas provenientes de parcelamentos de débitos apurados em prestação de contas de convênios ou derivadas do acompanhamento de auditorias e de financiamentos relacionados com as ações e os serviços de Saúde; os

créditos provenientes dos agentes ou das entidades integrantes do SUS, bem como aqueles resultantes de transações financeiras e comerciais; as receitas provenientes do ressarcimento previsto no Artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; os obtidos por intermédio de operações de crédito; as receitas provenientes da execução de seus créditos; os saldos positivos apurados em balanços, transferidos para o exercício seguinte; as rendas e receitas eventuais que lhe venham a ser destinadas; os de outras fontes, de acordo com o Artigo 32 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. A gestão dos recursos é exercida pelo diretor-executivo, sob a orientação e supervisão do Secretário Executivo do Ministério da Saúde, observando o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do Ministério da Saúde, nos termos das normas definidoras dos orçamentos anuais, das diretrizes orçamentárias e dos planos plurianuais. A execução dos recursos é feita, em nível central, por meio da unidade gestora da Diretoria-executiva do Fundo Nacional de Saúde e das unidades gestoras criadas junto às áreas técnicas do Ministério da Saúde. Nas unidades federadas, por meio das unidades gestoras descentralizadas junto às representações estaduais e unidades assistenciais do SUS, sob a gestão do Ministério da Saúde (MS). Todos os recursos transitam em conta única do Fundo Nacional de Saúde em consonância com o preceito constitucional de aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de Saúde por meio de fundo de Saúde. Os recursos financeiros do MS, administrados pelo FNS, destinam-se a prover: despesas correntes e de capital do MS, seus órgãos e suas entidades, da administração direta e indireta, integrantes do SUS; transferências para a cobertura de ações e serviços de Saúde, destinadas a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial e hospitalar e às demais ações de Saúde do SUS a serem executados de forma descentralizada pelos Estados, Distrito Federal e municípios; financiamentos destinados à melhoria da capacidade instalada de unidades e serviços de Saúde do SUS; investimentos previstos no Plano Plurianual do Ministério da Saúde e na Lei Orçamentária Anual; outras despesas autorizadas pela Lei Orçamentária Anual.

 **Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC 29), Financiamento do SUS, Financiamento municipal do SUS, Fundos de Saúde, Fundo Municipal de Saúde.**

 **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2002, no CD-ROM encartado nesta publicação.**

Fundos de Saúde

F

Instrumentos de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de Saúde existentes nas três esferas de poder, equiparando-se aos conselhos, planos de Saúde e relatórios de gestão como instrumentos fundamentais ao SUS. A existência de fundos de Saúde nas esferas estaduais e municipais, para recebimento e movimentação de recursos financeiros do SUS é obrigatória por força de dispositivos legais e constitucionais. Os Fundos possibilitam que os gestores visualizem claramente os recursos de que dispõem para as ações e serviços de Saúde, acompanhando e controlando as fontes de receitas, seus valores e datas de ingresso, assim como as despesas realizadas e os recebimentos das aplicações financeiras.

 **Fundo Nacional de Saúde (FNS), Fundo Municipal de Saúde.**

 <http://www.fns.saude.gov.br>; Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Art. 33), Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994; Ato das Disposições Transitórias (Art. 77), com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000, no CD-ROM encartado nesta publicação; texto Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico, no *site* do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Fundos setoriais de pesquisa

Mecanismos de estímulo ao fortalecimento da ciência e tecnologia nacionais desenvolvidos pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. Têm por objetivo garantir a ampliação e a estabilidade do financiamento para a área, bem como a criação de um novo modelo de gestão, fundado na participação de vários segmentos sociais, no estabelecimento de estratégias de longo prazo, na definição de prioridades, com foco em resultados.

 **Agência de fomento/ciência e tecnologia, Participação social em Saúde, Pesquisa/desenvolvimento.**



Genérico/medicamento

 Medicamento genérico.

Geração de renda em saúde mental

O Projeto de Geração de Renda e Trabalho de Usuários de Serviços de Saúde Mental é uma importante articulação do processo de desinstitucionalização de pacientes com transtornos mentais. Propõe ampliar a rede de experiências em geração de renda em saúde mental, fomentando e apoiando essas iniciativas, considerando que incluir pessoas com transtornos mentais pelo trabalho é promover a autonomia e a cidadania, além de servir como dispositivo de cuidado em liberdade.

 Centros de atenção psicossocial (Caps), Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil, Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Programa de Volta para Casa, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/psiquiatria, Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, Saúde mental, Serviços residenciais terapêuticos.

Gestão do trabalho e da educação na Saúde

A atual gestão do Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade de produzir a maior transformação, neste meio século de sua criação, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de Saúde no Brasil. Conectado com a realidade profissional e social, o Ministério da Saúde vêm repensando as políticas públicas em relação à formação e ao trabalho em Saúde. Assim,

G

está implantando, por meio dos pólos de educação permanente em Saúde, do Aprender-SUS, das escolas técnicas e outras atividades, uma política nacional de Educação Permanente em Saúde em uma escala ainda não experimentada, para garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto dos profissionais da Saúde e para diferentes segmentos da população, visando a Educação Permanente em Saúde. Com a elaboração, por uma comissão composta por representação dos gestores do SUS, prestadores de serviço e trabalhadores de Saúde, de uma proposta de diretrizes para um plano de carreira, cargos e salários, que será colocada em consulta e debate público, para a despreciação dos vínculos de trabalho no sistema de Saúde; a retomada da mesa nacional de negociação permanente do SUS; por meio da criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e das propostas de organização da gestão do trabalho nas três esferas de governo, está sendo implantada uma política nacional de gestão da regulação profissional e do trabalho. Para que se alcance efetivamente o aprimoramento técnico e ético-político dos trabalhadores é necessário investir em formação e regulação da força de trabalho da área da Saúde. Um desafio muito presente é o de considerar a habilitação profissional orientada para as necessidades de Saúde, o que significa dizer que a rede de serviços do sistema de Saúde tem que ser competente na atenção às necessidades sociais por Saúde. O Sistema de Saúde tem que se apresentar com capacidade de diálogo com grupos sociais e com os usuários. É preciso ter clara a noção de que o investimento no planejamento e na gestão do trabalho e da educação no setor da Saúde é decisivo para a organização da integralidade da atenção e para o desenvolvimento da humanização das práticas em Saúde. A formação, o desenvolvimento profissional a regulação do trabalho que levem em conta o ensino, a gestão do SUS, a participação dos trabalhadores, a participação popular e o controle social no setor são fundamentais para estimular e desencadear novos perfis de trabalhadores e de gestores das ações, serviços e sistemas de Saúde e da formação em Saúde.

 Aprender SUS, Pólos de educação permanente em Saúde.

Gestão participativa

Envolve a participação efetiva de todos os atores sociais no SUS. Confere real compromisso com os empreendimentos do SUS, sua continuidade e aprimoramento, inclusive quanto à eficácia e eficiência do processo e seus resultados; dá-lhes maior consistência, realismo, efetividade e autonomia da(s) comunidade(s) envolvida(s); contribui para o resgate da consciência e valores do significado do bem público; desenvolve nas lideranças da sociedade civil não somente a capacidade de contestação e mobilização, mas também de formulação de políticas públicas, sua avaliação e fiscalização; estimula a substituição do predomínio da gestão dos serviços especializados, pelo predomínio da gestão de projeto integrado de atendimento de demanda local; estimula a realização de serviços públicos com foco na família, na comunidade local e em ambientes de trabalho; facilita a potencialização das operações com fusão de secretarias municipais; facilita o desenvolvimento nas equipes, da postura de perceber e relacionar-se com usuários. As práticas participativas implicam sempre na construção de consensos, mas não consensos forçados. A partir da identificação e reconhecimento dos dissensos, há que construir alternativas, trabalhando com diferentes opiniões e condensando-as por etapas, cujos resultados deverão ser mais expressivos e duradouros.

 **Atores sociais, Participação social em Saúde.**

 **Artigo 198 da Constituição Federal de 1998; Artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no CD-ROM encartado nesta publicação.**

Gestão plena do sistema municipal

Modalidade de gestão definida para o SUS que propicia aos municípios receberem recursos financeiros per capita, de forma regular e automática, para o atendimento básico em Saúde, na forma do Piso de Atenção Básica (PAB). Inclui, também, recursos, na forma de incentivo, para: a assistência farmacêutica básica; a estratégia Saúde da Família; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs); a carência nutricional; e a vigilância sanitária

e epidemiológica. Na gestão plena, os municípios habilitados recebem os recursos de assistência especializada ambulatorial e hospitalar “fundo a fundo”, além dos recursos da assistência básica.



Para assumir essa modalidade de gestão, o município deve aprovar o seu pleito de habilitação no Conselho Municipal de Saúde e apresentá-lo à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de seu Estado, conforme as especificações contidas na Noas 01 / 02 de 2002.

 Alta complexidade, Atenção básica à Saúde, Atenção hospitalar, Média complexidade, Regionalização, Regulação da atenção à Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, Regulação estatal sobre o setor Saúde, Responsabilização sanitária.

G

Gestor municipal/atribuições

São atribuições básicas do gestor municipal: 1) planejar, organizar, controlar e avaliar as ações do município, organizando o SUS no âmbito municipal; 2) viabilizar o desenvolvimento de ações de Saúde através de unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas), com prioridade para as entidades filantrópicas; 3) participar na constituição do SUS, avançando na assunção das responsabilidades, de forma integrada e harmônica com os demais sistemas municipais. As competências e responsabilidades dos municípios variam conforme o compromisso assumido.



Atenção básica à Saúde, Gestão plena do sistema municipal.



Artigo 18 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990; NOB 01/96 e Noas 1/2, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Gripe



Influenza, Vacinação

Guia eletrônico/pesquisas com seres humanos

Ferramenta eletrônica, produzida pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, que tem por finalidade facilitar a identificação dos

procedimentos necessários à condução de pesquisas envolvendo seres humanos, assim como o acesso à legislação atualizada sobre o assunto.

 Pesquisas envolvendo seres humanos.



<http://www.saude.gov.br/sctie/decit;>

[e-mail: guiaeletronico@saude.gov.br](mailto:guiaeletronico@saude.gov.br)



Humaniza SUS

Hanseníase

Doença infecciosa causada pelo bacilo de Hansen, popularmente conhecida como lepra (termo que deve ser evitado pelo seu conteúdo preconceituoso). Provoca lesões na pele, comprometimento dos nervos periféricos, o que provoca sensação de “anestesia” e alterações na sensibilidade da pele, músculos e ossos. Sua transmissão hoje pode ser classificada como moderada. Além do Plano de Eliminação (PEL) da Hanseníase, o SUS dispõe do Programa de Hanseníase da Secretaria de Vigilância em Saúde, que visa alcançar a eliminação da doença como um problema de Saúde pública até o final de 2005, atingindo a taxa de prevalência de menos 1 doente a cada 10 mil habitantes. Para tanto, o programa tem como eixo principal a descentralização das ações de controle da doença, ampliando e universalizando o acesso dos portadores ao diagnóstico precoce e ao tratamento.

 Endemias.

Hantavirose

A hantavirose é uma doença emergente, com duas formas clínicas principais: a renal e a cardiopulmonar. A infecção humana, provocada pelo hantavírus, ocorre mais frequentemente pela inalação de aerossóis formados a partir de secreções e excreções de animais reservatórios (roedores silvestres). Os primeiros casos no Brasil foram detectados em 1993, em São Paulo. A doença tem sido detectada principalmente na região Sul, além dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Mato Grosso. Desde o início da detecção de casos no País, já foram registrados 338 casos em onze estados, até 2003, com uma letalidade média de 44,5%.

 Epidemia/controle.

Hipotireoidismo congênito (HC)

Ocorre quando a glândula tireóide do recém-nascido não é capaz de produzir quantidades adequadas de hormônio tireoidiano, o que resulta em uma redução generalizada dos processos metabólicos. Sua incidência é de um caso positivo a cada quatro mil nascidos vivos, que têm seu crescimento e seu desenvolvimento mental seriamente comprometidos. O quadro de manifestações clínicas inclui: hipotonia muscular, dificuldades respiratórias, cianose, icterícia prolongada, constipação, bradicardia, anemia, sonolência excessiva, hérnia umbilical, alargamento de fontanelas, atraso na dentição, retardo na maturação óssea, pele seca e sem elasticidade, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e retardo mental. Crianças com o diagnóstico precoce, através do “teste do pezinho” não terão qualquer sintomatologia clínica, desde que a terapia de reposição hormonal seja iniciada no tempo adequado. É sabido que a partir da quarta semana de vida a deficiência dos hormônios tireóideos poderá causar alguma lesão neurológica.

 Anemia falciforme, Fenilcetonúria (PKU), Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

 Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/epntn.htm>; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>

Homeopatia

A homeopatia é um sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes. Enunciada por Hipócrates no século IV a.C., foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, após extensos estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época. Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia, que experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, foi introduzida por Benoit Mure em 1840. Na década de 80, alguns estados e municípios brasileiros começaram a

oferecer o atendimento homeopático como especialidade médica aos usuários dos serviços públicos de Saúde. Em 1988, pela Resolução Nº 4 de 1988, a Ciplan fixou normas para o atendimento em homeopatia nos serviços públicos de Saúde. Com a criação do SUS, o processo de implantação da homeopatia nos serviços públicos de Saúde avançou. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em homeopatia identificado, desde sua inserção, como procedimento consulta médica em homeopatia na tabela do SIA/SUS em 1999. Em 1980, a homeopatia foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução Nº 1.000); em 1992, especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Farmácia (Resolução Nº 232).



Esta política está em fase de pactuação e aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), devendo ser amplamente divulgada após finalizado este processo. Atualmente, o MS financia a consulta médica em homeopatia pela tabela de produção ambulatorial (Código: 0701219).

 Fitoterapia e plantas medicinais, Medicina antroposófica, Medicina tradicional chinesa/acupuntura, Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC).

Hospitais de ensino e pesquisa

São instituições hospitalares públicas ou privadas que integram a rede própria contratada ou conveniada do SUS, certificadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação como instituições de atenção à Saúde. Participam da formação de estudantes de graduação e pós-graduação, bem como contribuem para a pesquisa, desenvolvimento científico e avaliação tecnológica. A certificação se dá nos termos da Portaria Interministerial nº 1.000/MEC/MS, de 15 de abril de 2004. Constituem importantes espaços de referência da atenção à Saúde para a alta complexidade, para a formação de profissionais de saúde e para o desenvolvimento tecnológico e científico da Saúde. Em agosto de 2004, por meio da Portaria nº 1.702, o Ministério da Saúde criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, que viabiliza, entre outras coisas, a alocação de recursos financeiros contra a produção de serviços, baseada em critérios definidos pelo fator de incentivo no desenvol-

vimento de ensino e pesquisa (Fideps), entre outros, que buscam qualificar essas instituições, no processo de gestão hospitalar, em função das necessidades e da inserção do hospital na rede de Saúde regionalizada e hierarquizada do SUS. Atualmente, existem no Brasil 147 instituições enquadradas como hospitais de ensino. Desse total, 75 (51%) são públicas. Juntos, esses hospitais disponibilizam 39,9 mil leitos para o SUS, o equivalente 10,3% dos leitos brasileiros, e 4,8 mil (25,6%) dos leitos de UTI. Essas unidades de saúde foram responsáveis pela realização de 145 mil (37,56%) dos 386 mil procedimentos de alta complexidade feitos no Brasil em 2003.

 Alta complexidade, Atenção hospitalar, Certificação dos hospitais de ensino, Média complexidade.

 Portaria nº 1.702 e nº 1.703, de 17 de agosto de 2004; Portaria nº 2.352 e nº 2.355, de 26 de outubro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação; <http://www.saude.gov.br>

H

Hospitais de pequeno porte

São instituições hospitalares registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que possuem entre cinco e 30 leitos e atuam em serviços de atenção básica e média complexidade. Essas instituições têm importância fundamental no processo de regionalização da Saúde, que objetiva a organização de redes de atenção articuladas e resolutivas, em níveis microrregionais. Com essa finalidade foi instituída, em junho de 2004, a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, estabelecendo um modelo de organização e financiamento para estimular a inserção dessas instituições na rede hierarquizada de atenção à Saúde. Podem aderir, voluntariamente, os municípios e estados que tiverem sob sua gestão estabelecimentos hospitalares que sejam de esfera administrativa pública ou privada (sem fins lucrativos e reconhecidos como filantrópicos), com até 30 mil habitantes (municípios ou microrregiões) e que apresentem cobertura da estratégia Saúde da Família igual ou superior a 70%.

 Alta complexidade, Atenção hospitalar, Certificação dos hospitais de ensino, Média complexidade, Regionalização.

 Portaria nº 1.044, de 1º de junho de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação; <http://www.saude.gov.br/hpp/>

Hospitais filantrópicos

São consideradas filantrópicas as instituições detentoras do certificado de entidade beneficente de assistência social (Ceas), cedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão do Ministério de Assistência e Promoção Social. O Ceas é concedido mediante o cumprimento de diversas exigências e permite obter diversas isenções fiscais e tributárias. Nos casos de hospitais, temos duas exigências alternativas principais: a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar-se impossibilitado de contratação de 60% de internações, a aplicação de um percentual da receita bruta em gratuidade. Esse percentual pode variar entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS. O setor hospitalar filantrópico no Brasil é, atualmente, responsável por cerca de 1/3 dos leitos existentes no País.

 Alta complexidade, Atenção hospitalar, Certificação de hospitais de ensino, Média complexidade, Saúde suplementar.

 <http://www.datasus.gov.br>

Hospitais-sentinelas

Projeto que integra uma rede de cem hospitais escolhidos, em todos os estados brasileiros, dentre os maiores e com maior número de programas de residência médica, tecnologicamente bem equipados e dispendo de serviços de alta complexidade. O objetivo é contar com um sistema de notificação atualizado e integrado que sirva de base para a vigilância sanitária nos hospitais, rastreando e identificando problemas de desvio de qualidade em medicamentos, equipamentos e derivados de sangue. Nesses estabelecimentos é constituída uma Gerência de Risco que gera um fluxo de informações contínuas, atualizadas e qualificadas. O projeto representa um grande salto qualitativo para a vigilância sanitária, já que permite acesso a informações que norteiam suas ações e que antes, geralmente, ficavam restritas aos hospitais, que não a notificavam.

 Infecção hospitalar/controle, Inspeção em vigilância sanitária, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.

Humanização da atenção à Saúde

Humanizar a atenção à Saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.). É também garantir o acesso dos usuários às informações sobre Saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município.

H

 Acolhimento aos usuários, Atenção à Saúde, Humaniza SUS.

Humaniza SUS

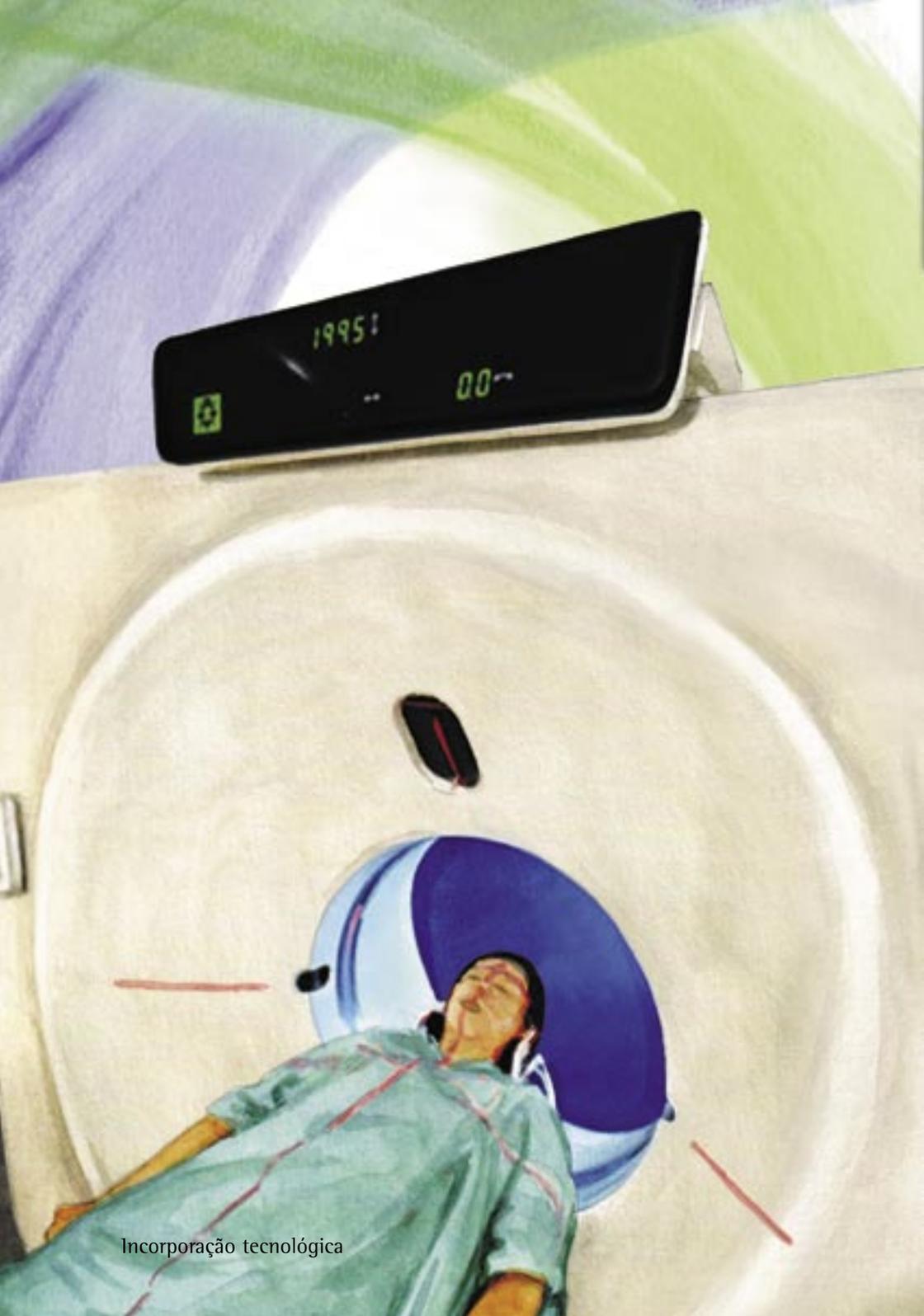
Sigla para Política Nacional de Humanização do SUS. No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma proposta ética, estética e política. Ética porque implica mudança de atitude dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética, porque relativa ao processo de produção da Saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão, na rede do SUS. Este compromisso ético, estético e político de Humanização do SUS assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na co-responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão.

 Na implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), o SUS vem trabalhando pela consolidação de quatro objetivos específicos: 1) reduzir as filas e o tempo de espera, ampliando o acesso e um atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco; 2) informar a todos os usuários sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e quais

são os serviços de saúde responsáveis por sua referência territorial; 3) garantir aos usuários, através das Unidades de Saúde, acesso a informações gerais sobre Saúde, entre elas os direitos do código dos usuários do SUS e, ainda, que sejam acompanhados, durante seus tratamentos, por pessoas de suas redes sociais (de livre escolha); 4) garantir, nas unidades de Saúde, educação permanente aos trabalhadores e gestão participativa incluindo trabalhadores e usuários.

 Acolhimento aos usuários, Co-gestão, Equipe de referência, Filas nos serviços, Gestão participativa.

 Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, Cartilha da PNH - Humaniza SUS, em <http://www.saude.gov.br>



Incorporação tecnológica

Incorporação tecnológica

Processo de introdução sistematizada de novas tecnologias e procedimentos na prática clínica e/ou orientação sobre seu uso apropriado, caso sejam tecnologias ou procedimentos consagrados.

 Pesquisa em Saúde/fomento.

Infecção hospitalar/controlado

As ações nesta área são executadas objetivando a redução da incidência de infecções nos estabelecimentos de saúde, como melhoria da qualidade dos serviços hospitalares, orientação na limpeza e higienização dos hospitais, implantação de normas de prevenção e controle e divulgação dos indicadores epidemiológicos para o programa nacional.

 Um programa contendo um sistema de informação que permite o monitoramento das infecções em hospitais está disponível, gratuitamente, na página Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) na Internet (www.anvisa.gov.br), permitindo ao gestor municipal acessar informações sobre todos os hospitais de sua área de abrangência. Para mais informações, o gestor municipal poderá, ainda, contatar o gestor estadual.

 Hospitais-sentinelas, Infecção hospitalar/controlado, Inspeção em vigilância sanitária, Medicamentos/remédios.

Influenza

Influenza ou gripe é uma infecção viral do trato respiratório, cujos sintomas mais comuns são dor de garganta, obstrução nasal, tosse freqüente ou persis-

tente e catarro. Habitualmente vem acompanhada de sintomas gerais como febre alta, dores musculares e mal-estar. É uma doença muito comum em todo o mundo. Transmitida através das vias respiratórias, é causada por vírus de três tipos: A, B e C, que são altamente transmissíveis e podem sofrer mutações (transformações em sua estrutura). Os dos tipos A e B causam maior morbidade (doença) e mortalidade (mortes) que os do tipo C. Geralmente as epidemias e pandemias – epidemia em vários países – estão associadas ao tipo A. Desde 1999, são realizadas campanhas anuais de vacinação contra a influenza. A população-alvo, prioritariamente, é constituída por idosos com 60 anos ou mais.

 Epidemia/controle, Vacinação.

Informação e comunicação em Saúde

Os instrumentos de informação e comunicação constituem uma via de mão dupla. De um lado, temos os responsáveis pelo sistema de Saúde – gestores, coordenadores de programas, profissionais de saúde, entre outros – que devem fornecer informações para que a população possa: 1) ampliar seus conhecimentos sobre saúde e aumentar a autonomia de decisão quanto à sua vida; 2) orientar-se quanto aos procedimentos a tomar, em caso de doenças, acidentes e demais agravo à saúde; 3) orientar-se, igualmente, em relação às medidas de prevenção, para evitar o surgimento de doenças e de situações de risco à sua saúde e à saúde de seus familiares e amigos; 4) sentir-se estimulada a participar na construção e funcionamento do SUS, integrando conselhos de Saúde, órgãos de gestão colegiada de unidades de Saúde e de condução dos programas e atividades dos serviços de Saúde. Do outro lado temos a manifestação da população, através do encaminhamento de suas demandas, que podem ser: reclamações, sugestões, reivindicações e elogios. É dever do serviço público (dos governos) colocar à disposição das comunidades, canais de comunicação para que a população possa realizar essas manifestações, o que possibilita aos responsáveis pelo Sistema de Saúde conhecer o que pensa a população e como ela se relaciona com os serviços de Saúde. É dessa interação entre as comunidades e os responsáveis pelos sistemas, serviços e atividades de Saúde que podem ser geradas condições para a melhoria do SUS

e, conseqüentemente, da qualidade de vida das populações, levando a que os indivíduos assumam maiores responsabilidades sobre suas vidas e destinos.



A gestão municipal deve implementar núcleos de informação e comunicação para a gestão participativa na esfera do SUS; deve desenvolver mecanismos para a ampliação das informações no município e promover debates sobre o funcionamento do SUS com os munícipes; deve produzir e difundir materiais e informações em Saúde, usando meios de comunicação existentes, inclusive rádios comunitárias, tvs comunitárias e movimentos populares; deve implementar serviços de ouvidoria ou de escuta das demandas da população, instalando, por exemplo, caixas de coleta de sugestões/reclamações nas unidades de Saúde e, em localidades que já dispõem de Internet, disponibilizar *sites* específicos para contato, a exemplo dos serviços de atendimento ao cidadão (SACs), Fale conosco etc.



Ouvidorias.

Informação gerencial

O processo de gestão em Saúde requer sistemas de informação que alimentem os gestores de forma oportuna e permanente com dados corretos sobre as condições de saúde e doença no âmbito do território de atuação, condições de vida e ambientais, condições de atuação do sistema e dos serviços de Saúde, suas formas de funcionamento e grau de cumprimento dos objetivos. Assim os gestores poderão tomar decisões, bem como implementar ações baseadas na realidade local e regional de seus serviços e das necessidades de sua população.



Co-gestão, Gestão participativa, Gestão plena do sistema municipal, Gestor municipal/atribuições.

Inspeção em vigilância sanitária

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, executa constantemente, por meio da Gerência-Geral de Inspeção, atividades que controlam, fiscalizam e investigam possíveis desvios de qualidade em

produtos submetidos à vigilância sanitária, como medicamentos, alimentos e cosméticos.

 As inspeções em estabelecimentos que produzem serviços e produtos considerados de baixo risco já estão sob a responsabilidade dos municípios. Para a realização de inspeções nas chamadas média e alta complexidades, o município deverá estabelecer entendimentos com a vigilância de seu estado para pactuar um cronograma que o capacite para a execução das referidas ações.

 Agrotóxicos/análises de resíduos, Alimentos/registro, Cosméticos e produtos de beleza/registro, Farmacovigilância, Medicamentos/remédios, Mercado de medicamentos, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Propaganda de medicamentos, Rotulagem nutricional, Saneantes/produtos de limpeza, Tabaco/cigarro, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.

Instâncias de pactuação

São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de Saúde Pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

 Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões intergestores bipartites (CIBs), Conselhos de Saúde, Programação pactuada e integrada (PPI), Regionalização.

Integração entre políticas (Saúde e outras)

Tomando como referência o conceito ampliado da Saúde, as gestões municipais do SUS, em articulação com as demais esferas de governo, devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais e organizações não-governamentais (de áreas como meio ambiente, educação, urbanismo, segurança pública, entre outras) que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população.

 Devem ser criados câmaras ou fóruns coletivos e intersetoriais de planejamento e gestão coordenados por equipes da alta direção dos governos. Esses espaços coletivos serão responsáveis por promover a articulação entre as diversas áreas e políticas existentes no município. Deverão identificar as iniciativas correlatas à Saúde existentes no município e em sua região, estabelecendo um cronograma de trabalho integrado entre os setores. Estas câmaras ou fóruns deverão envolver os conselheiros de Saúde do município.

 **Intersectorialidade em Saúde.**

Integralidade

É um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.

 **Atenção básica à Saúde, Responsabilização sanitária, Saúde da família, Unidades da atenção básica, Universalidade da Saúde.**

Intersectorialidade em Saúde

A intersectorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à Saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersectorialidade como prática de gestão na Saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da Saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas

suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em Saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura Segurança Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/idéia de Rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

 Gestão participativa, Promoção da Saúde.

Inundações/plano de contingência

I O plano de contingência de vigilância em Saúde frente a inundações traz informações sobre como enfrentar as dificuldades mais freqüentes, relacionadas à Saúde, causadas por inundações, orientando o gestor municipal sobre como lidar com os riscos à saúde humana, provocados por elas. As inundações figuram entre as catástrofes naturais que mais danos ocasionam à Saúde Pública. Nas épocas de chuva (que variam de acordo com a região do País), emerge a preocupação com o aparecimento de doenças transmitidas pela água, por alimentos e vetores (caso da leptospirose), reservatórios, ou ainda com os acidentes envolvendo animais peçonhentos (cobras, escorpiões e aranhas).

 Epidemia/control, Hantavirose.

 <http://www.saude.gov.br/svs>





Laboratórios de saúde pública

Veja: Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB.)

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

Lei periódica anual prevista no Artigo 165 da Constituição Federal. Tem a finalidade, dentre outras matérias, de nortear a elaboração dos orçamentos anuais, compreendidos aqui o orçamento fiscal, o orçamento de investimentos das empresas públicas e o orçamento da seguridade social, de forma a adequá-los a diretrizes, objetivos e metas da administração pública. A LDO estabelece para cada exercício: 1) prioridades e metas da administração pública federal; 2) estrutura e organização dos orçamentos; 3) diretrizes para elaboração e execução dos orçamentos da União e suas alterações; 4) dispositivos relativos às despesas da União com pessoal e encargos sociais; 5) política de aplicação dos recursos das agências financeiras oficiais de fomento; 6) disposições sobre alterações na legislação tributária da União; 7) fiscalização pelo Poder Legislativo das obras e serviços com indícios de irregularidades graves. Além dessas atribuições a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) atribuiu à LDO a responsabilidade de tratar de outras matérias como: 1) estabelecimento de metas físicas; 2) fixação de critérios para limitação de empenho e movimentação financeira; 3) publicação da avaliação financeira e atuarial dos regimes geral de previdência social e próprio dos servidores civis e militares; 4) avaliação financeira do Fundo de Amparo ao Trabalhador e projeções de longo prazo dos benefícios de amparo assistencial (LOAS); 5) margem de expansão das despesas obrigatórias de natureza continuada; 7) avaliação dos riscos fiscais.

 Lei Orçamentária Anual (LOA), Orçamento público, Planejamento em

Saúde, Plano de Saúde, Plano Plurianual (PPA), Programação pactuada e integrada (PPI), Relatório de gestão.

Lei Orçamentária Anual (LOA)

Lei periódica, anual, de cunho administrativo e de efeitos concretos, que contém a discriminação da receita e da despesa pública, de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo. Prevista no artigo 165, da Constituição Federal. É, também, conhecida como a Lei de Meios porque possibilita os meios para o desenvolvimento das ações relativas aos diversos órgãos e entidades que integram a administração pública. A Lei Orçamentária Anual – LOA compreende: 1) orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive instituídas e mantidas pelo poder público; 2) orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta e indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público; 3) orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto.

 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Orçamento público, Planejamento em Saúde, Plano de Saúde, Plano Plurianual (PPA), Programação pactuada e integrada (PPI), Relatório de gestão.

Lesões por esforços repetitivos (LER)

São distúrbios de origem ocupacional que atingem dedos, punhos, antebraços, cotovelos, braços, ombros, pescoço, regiões escapulares e ou partes dos membros inferiores, resultantes do desgaste muscular, tendinoso e ou neurológico, provocado pelas condições de trabalho, especialmente fatores relativos à organização do trabalho. Também denominadas Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort).

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agravos à saúde relacionados ao trabalho, Agrotóxico, Doença relacionada ao trabalho, Saúde do trabalhador, Vigilância dos ambientes de trabalho.



Licitações

Licitação é o procedimento administrativo formal em que a administração pública convoca, mediante condições estabelecidas em ato próprio (edital ou convite), empresas interessadas na apresentação de propostas para o oferecimento de bens e serviços. A licitação objetiva garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e selecionar a proposta mais vantajosa para a administração, de maneira a assegurar oportunidades iguais a todos os interessados e possibilitar o comparecimento ao certame do maior número possível de concorrentes. Devem ser licitados: a execução de obras, a prestação de serviços e o fornecimento de bens para atendimento de necessidades públicas. As alienações e locações devem ser contratadas mediante licitações públicas, exceto nos casos previstos pela Lei nº 8.666, de 1993, e alterações posteriores. A Constituição Federal, (artigo 37, insiso XXI) prevê para a administração pública a obrigatoriedade de licitar. A Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993), alterações posteriores e a Lei do Pregão (Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002), constituem a legislação básica sobre licitações para a administração pública. O procedimento de licitar propicia maior transparência nas compras e contratações, objetivando sempre a seleção da proposta mais vantajosa para o licitante. Estão sujeitos à regra de licitar, além dos órgãos integrantes da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, estados, Distrito Federal e municípios.



Uma vez definido o objeto que se quer contratar, é necessário estimar o valor total da obra, do serviço ou do bem a ser licitado, mediante realização de pesquisa de mercado. É necessário, ainda, verificar se há previsão de recursos orçamentários para pagamento das despesas e se essas se encontram em conformidade com a lei de responsabilidade fiscal.

-  Catálogo de materiais (Catmat), Consórcios intermunicipais de Saúde.
-  Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Limite financeiro municipal

-  Teto financeiro da assistência do município (TFAM), Programação pactuada e integrada (PPI).

Lixo

-  Resíduos sólidos (lixo)/manejo urbano.



Medicamentos/programas de distribuição

Malária/programa

Doença infecciosa aguda, cujo agente etiológico é o parasito do gênero *Plasmodium* e transmitida pela picada de mosquito do gênero *Anopheles*, que se infecta ao sugar o sangue de um doente. O quadro clínico típico é caracterizado por febre alta, acompanhada de calafrios, sudorese abundante e cefaléia, que ocorrem em padrões cíclicos, dependendo da espécie parasitária infectante. Alguns pacientes podem manifestar no início da doença outros sintomas principalmente náuseas, vômitos, astenia, fadiga e anorexia. Mais de 99% dos casos de malária anualmente diagnosticados no Brasil estão concentrados nos nove estados que compõem a Amazônia Legal (AC, AM, AP, MA, MT, PA, RO, RR e TO). Ainda não existe uma vacina para a malária. No Brasil, mais de dois milhões de suspeitos/ano são submetidos ao diagnóstico laboratorial nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), dos quais cerca de 400 mil são positivos para malária, sendo-lhes administrado imediatamente o tratamento específico para a cura da doença. O PNCM tem como objetivo geral reduzir a morbi-mortalidade por malária, eliminar a transmissão em áreas urbanas da Amazônia e manter a ausência de transmissão nas áreas onde foi interrompida. Para garantir o controle da doença, a redução das formas graves e a mortalidade por ela provocada, o PNCM tem proporcionado apoio sistemático na estruturação dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento adequado e oportuno. Outros componentes importantes referem-se ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, na educação em Saúde e controle seletivo de vetores.

 Capacitação de profissionais de saúde para desenvolverem as ações de prevenção e controle da malária nas unidades de saúde do SUS, destacando-se neste contexto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(Pacs) e a estratégia Saúde da Família, expansão da rede de diagnóstico e tratamento, estruturação da vigilância entomológica para promover as ações de controle vetorial de forma seletiva, promoção de ações de educação em Saúde e mobilização comunitária, atualização e análise sistemática das informações epidemiológicas para avaliação e planejamento das ações de controle. Destaca-se o grande avanço nos últimos anos no controle da malária o fortalecimento da parceria entre as três esferas de governo, estabelecida a partir do processo de descentralização das ações de vigilância em Saúde, com a permanente articulação intermunicipal promovida pelos gestores estaduais de Saúde e interestadual sob a coordenação do gestor federal de Saúde.

 Endemia/controle, Saúde da Família, Vigilância em Saúde.

Média complexidade

É um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sócio-demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o

custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações.



As secretarias estaduais de Saúde, em conjunto com os municípios, devem estabelecer parâmetros de concentração para os grupos e subgrupos de procedimentos, a serem aprovados nas comissões intergestores bipartite (CIBs) e nos conselhos estaduais de Saúde. Os parâmetros adotados deverão refletir não apenas necessidades em Saúde em abstrato ou recomendadas por normas técnicas ou consenso de especialistas, mas também seu impacto financeiro e as disponibilidades de sua cobertura com os recursos disponíveis.



Gestão plena do sistema municipal; Programação pactuada e integrada (PPI); Programa Farmácia Popular do Brasil; Tabela de procedimentos do SUS; Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), os dois últimos no Anexo 3 da presente publicação.



Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, no CD-ROM encartado nesta publicação.

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, por ocasião do registro.



Assistência farmacêutica, Centrais farmacêuticas, Dispensação/dispensário, Programa Farmácia Popular do Brasil, Medicamento genérico, Medicamentos essenciais, Medicamento similar, Medicamentos/programas de distribuição, Notificação de receita médica, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).



<http://www.anvisa.gov.br>, Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Medicamento genérico

Medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que pode ser usado em substituição a esse. É geralmente produzido após a expiração ou

renúncia da proteção por patente ou de outros direitos de exclusividade do criador da fórmula e após ter sido comprovada sua eficácia, segurança e qualidade. É designado de acordo com as Denominações Comuns Brasileiras (DCB) ou, na sua ausência, pelas Denominações Comuns Internacionais (DCI).

 Assistência farmacêutica, Centrais farmacêuticas, Dispensação/dispensário, Medicamento de referência, Medicamentos essenciais, Medicamento similar, Medicamentos/programas de distribuição, Notificação de receita médica, Programa Farmácia Popular do Brasil, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).

 <http://www.anvisa.gov.br>, Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Medicamentos essenciais

São aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de Saúde da população. Devem ser selecionados considerando sua pertinência para a Saúde Pública, assegurada a eficácia, segurança e eficácia comparativa em relação ao custo. Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis nos sistemas (serviços) de Saúde, em todos os momentos e em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia da qualidade e informação adequada, a preços que os pacientes e a comunidade possam pagar (OMS, 2002).

 Assistência farmacêutica, Centrais farmacêuticas, Dispensação/dispensário, Medicamento de referência, Medicamento genérico, Medicamento similar, Medicamentos/programas de distribuição, Notificação de receita médica, Programa Farmácia Popular do Brasil, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).

Medicamentos excepcionais

 Medicamentos/programas de distribuição

Medicamento similar

É aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresentando a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica (preventiva ou diagnóstica) do medicamento de referência 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. Deve sempre ser identificado por nome comercial ou marca.

 Assistência farmacêutica, Centrais farmacêuticas, Dispensação/dispensário, Medicamento de referência, Medicamento genérico, Medicamentos essenciais, Medicamentos/programas de distribuição, Notificação de receita médica, Programa Farmácia Popular do Brasil, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).

 <http://www.anvisa.gov.br>, Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Medicamentos/programas de distribuição

Os programas de distribuição de medicamentos do SUS acontecem por três vias: financiamento a estados e municípios, co-financiamento e repasse direto. O financiamento de medicamentos abrange o Programa de Saúde Mental (realizado em parceria com os estados) e o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, desenvolvido junto aos municípios. No Programa de Saúde Mental, a União participa com 80% dos recursos financeiros, cabendo 20% aos estados. No Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a União participa, atualmente, com R\$ 1,00 por brasileiro/ano, no caso dos municípios que não fazem parte do Programa Fome Zero (em 2006, o MS deverá ampliar esse valor para R\$ 1,50). Nos casos de municípios integrantes do Programa Fome Zero, o valor repassado é de R\$ 2,00. Os recursos desse programa destinam-se à compra dos chamados medicamentos essenciais (como analgésicos, antiinflamatórios, anti-hipertensivos comuns, diuréticos, vermífugos, antibióticos e alguns anticonvulsivantes). Os medicamentos excepcionais podem ser obtidos pelo sistema de co-financia-

mento: a União repassa os recursos aos estados, que participam com uma contrapartida de valor variável, conforme os produtos adquiridos. Na área de repasses de produtos, dois programas são beneficiados: a estratégia Saúde da Família e o de Medicamentos Estratégicos. Esses recebem os medicamentos para tuberculose, hanseníase, insulina para diabéticos e os utilizados para tratar os portadores do vírus da Aids, repassados para estados e municípios. As equipes da estratégia Saúde da Família recebem kits de remédios com 32 itens necessários ao tratamento de problemas de saúde mais freqüentes (como diabetes, hipertensão arterial, parasitoses, doenças respiratórias agudas e anemia). O paciente só pode ter acesso a esses medicamentos nas unidades de Saúde do seu município, se forem receitados pelo médico durante uma consulta. Evita-se, com isso, a auto-medicação, pois um remédio ingerido de forma errada não só pode perder sua eficácia no tratamento, como até trazer graves prejuízos à saúde do paciente.

 Assistência farmacêutica, Centrais farmacêuticas, Dispensação/dispensário, Medicamento de referência, Medicamento genérico, Medicamentos essenciais, Medicamento similar, Notificação de receita médica, Programa Farmácia Popular do Brasil, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).

M

Medicamentos/remédios

Cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde (MS), autorizar e conceder o registro de medicamentos no País, além de coordenar e supervisionar atividades de inspeção, controle de riscos e estabelecer normas e padrões para comercialização desses produtos.

 Farmacovigilância, Mercado de medicamentos, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Propaganda de medicamentos, Rotulagem nutricional, Vigilância sanitária.

Medicina antroposófica

A medicina antroposófica é um sistema médico complexo de base vitalista, surgido na Suíça, no início do século XX, que oferece possibilidades para a

ampliação da atenção à Saúde por meio de técnicas, recursos e abordagens de baixa complexidade tecnológica, com ênfase na estimulação das forças curativas do próprio organismo e apoio ao desenvolvimento global dos indivíduos (biológico, psicológico, social e espiritual). Tem como fundamentação conceitual e metodológica a antroposofia, conhecimento sistematizado, inicialmente, por Rudolf Steiner, e que mais tarde foi desenvolvido para campos práticos da vida humana, tais como a pedagogia, arquitetura, agricultura e medicina. Em relação a essa última, destaca-se o papel pioneiro da médica holandesa Ita Wegman. Foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos, nas regiões Sul e Sudeste e reconhecida como prática médica pelo Parecer 21/93, do Conselho Federal de Medicina. A Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA) é a entidade representativa dos médicos antroposóficos, atualmente distribuídos por todas as regiões brasileiras. A medicina antroposófica está oficialmente presente em serviços de atenção básica do SUS desde 1994, por intermédio da experiência de Belo Horizonte, quando foi iniciado o programa das “práticas não alopáticas no SUS”, que introduziu a medicina antroposófica juntamente com a homeopatia e a acupuntura na rede municipal. No início, o projeto absorveu profissionais dessas áreas já concursados anteriormente, que vinham atuando como clínicos ou pediatras. Posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte realizou o primeiro concurso específico para médico antroposófo no SUS em 1996.



A medicina antroposofica insere-se na Política de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) como proposta de observatórios de experiências no SUS.



Fitoterapia e plantas medicinais, Homeopatia, Medicina tradicional chinesa/acupuntura, Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC).

Medicina tradicional chinesa/acupuntura

Tecnologia de intervenção em Saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde/doença, podendo ser usada de forma isolada ou integrada com outros recursos terapêuticos médicos. Originária da medicina tradicional chinesa (sistema médico complexo), a acupuntura se vale de um conjunto de

procedimentos geralmente invasivos, aplicados com base nos conceitos da MTC, que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos, definidos por meio da inserção de agulhas metálicas filiformes para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de doenças. No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1999, o MS inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo País.



Esta política está em fase de pactuação e aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), devendo ser amplamente divulgada após finalizado este processo. Atualmente, o MS financia a consulta médica em acupuntura na tabela de produção ambulatorial Código: 0701234.



Fitoterapia e plantas medicinais, Homeopatia, Medicina antroposófica, Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC).

Mercado de medicamentos

M

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, é responsável pelo monitoramento do mercado brasileiro de medicamentos. Por meio da Gerência de Regulação Econômica, a Agência executa atividades que buscam desenvolver, administrar e fiscalizar os procedimentos desse mercado, com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais, estimulando a concorrência no setor.



Farmacovigilância, Medicamentos/remédios, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Propaganda de medicamentos, Vigilância sanitária.

Mesa nacional de negociação permanente do SUS (MNNP SUS)

Fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores da saúde, marcado por uma relação de envolvimento participativo de todos os atores, objetiva estabelecer um processo de entendimento entre as esferas governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. Seu propósito

é fomentar um projeto coletivo de democratização nas relações de trabalho na Saúde. A Mesa expressa um avanço na construção de uma nova forma de relações de trabalho no setor Saúde, respaldado nos princípios do Sistema Único de Saúde e na valorização da força de trabalho, resultando assim na melhoria da atenção integral à Saúde da população brasileira. O grau de consenso que se consiga alcançar nesse espaço de debates e reflexões assegura a ampla participação dos trabalhadores, de suas organizações sindicais e dos gestores da Saúde, tendo como perspectiva as soluções dos conflitos advindos das relações de trabalho. Reativada no plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por unanimidade em 4 de junho de 2003, por meio de uma portaria do Ministro da Saúde, consolidou-se como instrumento criativo e transformador para a superação de adversidades políticas, institucionais ou regionais no campo das relações do trabalho na Saúde.

 Câmara de regulação do trabalho em Saúde; Gestão do trabalho e da educação na Saúde; Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS SUS); Vínculo precário de trabalho.

MNNP SUS

 Mesa nacional de negociação permanente do SUS (MNNP SUS)

M

Modelos de atenção à Saúde

Um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas; maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em Saúde. O modelo proposto pelo SUS incorpora os princípios: do acesso universal, onde qualquer cidadão brasileiro tem o direito de acessar serviços de Saúde com qualidade; da integralidade da assistência, ordenando o cuidado com a saúde nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade; de participação social em todos os espaços de decisão e avaliação, inclusive do financiamento do SUS.

 Planejamento em Saúde, Responsabilização sanitária, Conselhos de Saúde.

Mortalidade infantil

 Saúde da criança, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Municipalização

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da Saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de Saúde prestados em seu território. O princípio da descentralização político-administrativa da Saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de Saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da Saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. Estimula na esfera municipal novas competências e capacidades político-institucionais. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

 Descentralização, Regionalização.



Ouvidorias

N-O

Negociações/habilidades necessárias

A negociação é uma constante nas administrações públicas, que exige o diálogo, a negociação e a pactuação das ações. Com o desenvolvimento da democracia participativa e o envolvimento cada vez maior dos cidadãos na administração pública, impõem-se formas complexas de negociações que devem se basear na busca de consensos. Estabelecer consensos é saber escutar o outro como legítimo e ter consciência sobre o significado do bem público, do papel do Estado e da ampla representação do conjunto da sociedade. Daí a importância da autonomia nos processos de escolha das representações municipais, como forma de se combater a formação de espaços autoritários de gestão.

 **Gestão participativa, Instâncias de pactuação, Participação social em Saúde.**

Notificação de receita médica

Documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos: 1) entorpecentes – cor amarela; 2) psicotrópicos – cor azul; 3) retinóides de uso sistêmico e imunossuppressores – cor branca. A notificação concernente aos dois primeiros grupos (1 e 2) deverá ser firmada por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM), no Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV) ou no Conselho Regional de Odontologia (CRO); a concernente ao terceiro grupo, exclusivamente por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM).

 **Assistência farmacêutica, Centrais farmacêuticas, Dispensação/dispensário, Medicamento de referência, Medicamento genérico, Medicamentos**

essenciais, Medicamento similar, Medicamentos/programas de distribuição, Programa Farmácia Popular do Brasil, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).

Operadora de plano de assistência à Saúde

Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial ou entidade de autogestão, e obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opera produto, serviço ou contrato de assistência à Saúde. As possíveis formas de organização das operadoras foram definidas pela ANS pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de 27 de outubro de 2.000, que classificou as operadoras de acordo com características peculiares, permitindo o desenvolvimento de normas específicas para cada conjunto: 1) administradoras de planos: administram exclusivamente planos privados de assistência à Saúde de empresas; 2) autogestões patrocinadas: sistema operado de forma direta, por intermédio de departamento de recursos humanos ou de órgãos similares de uma empresa, ou de sindicatos, associações, fundações, ou assemelhados; ou por intermédio de uma entidade constituída para operar o sistema de autogestão de uma empresa, destinado exclusivamente aos funcionários e/ou associados e seus dependentes. É singular, quando houver uma só empresa patrocinadora do sistema de autogestão; e é multipatrocinada quando houver mais de uma empresa patrocinadora do sistema de autogestão; 3) autogestões não-patrocinadas: sistema operado de forma direta, por intermédio de departamento de recursos humanos ou de órgãos similares de uma empresa, ou de sindicatos, associações, fundações, ou assemelhados; ou por intermédio de uma entidade constituída para operar o sistema de autogestão de uma empresa, destinado exclusivamente aos funcionários e/ou associados e seus dependentes, mas no qual não há empresa patrocinadora do sistema de autogestão; 4) cooperativas médicas: operam planos privados de assistência à Saúde por intermédio de médicos próprios (cooperados) e/ou de recursos médico-hospitalares credenciados; 5) cooperativas odontológicas: operam planos odontológicos por intermédio de odontólogos próprios (cooperados) e/ou recursos odontológicos credenciados; 6) medicina de grupo: operam planos privados de assistência

à Saúde, oferecendo atendimento médico-hospitalar com hospitais próprios e uma estrutura que inclui médicos e serviços auxiliares de diagnóstico credenciados; 7) odontologia de grupo: operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se as classificadas como cooperativas odontológicas; 8) entidades filantrópicas: operam planos privados de assistência à Saúde sem fins lucrativos e devem, obrigatoriamente, possuir certificado de entidade filantrópica; 9) seguradoras especializadas em Saúde: operam seguro-saúde com todas as características de planos privados de assistência à Saúde e a estes são equiparados pela Lei nº 10.185 de 2001, que torna as seguradoras especializadas em Saúde “operadoras de planos de saúde”.

 Plano privado de assistência à Saúde, Política de Qualificação da Saúde Suplementar, Saúde suplementar.

 Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no CD-ROM encartado nesta publicação; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Anexo 2 desta publicação – Contatos do SUS.

Orçamento público

O orçamento, entre outras funções, é responsável pela previsão do gasto público. De maneira simplificada, o orçamento é composto de expressões que descrevem os propósitos e as ações de governo (melhoria da saúde da população, redução das desigualdades regionais etc.), aos quais são alocados determinados valores, considerando os insumos necessários à sua realização. Portanto, os orçamentos públicos são elos entre recursos financeiros e comportamentos humanos direcionados para alcançar objetivos de políticas públicas. A forma de organização do orçamento vem sofrendo alterações ao longo das últimas décadas e novas características vêm sendo incorporadas, de acordo com a necessidade de considerar determinados propósitos, de modo que atualmente o orçamento atende simultaneamente a vários fins. Entre os mais importantes, destacam-se: 1) controle de gastos: o orçamento deve ser um instrumento de proteção contra abusos dos administradores. O mecanismo utilizado é o detalhamento da especificação dos objetivos de gasto, como por exemplo, diárias, locação de mão-de-obra, serviços de consultoria e outros; 2) gestão dos recursos: o orçamento deve especificar com clareza os projetos

e atividades de modo a possibilitar aos administradores dos órgãos públicos orientação efetiva, e ao público em geral o conhecimento amplo quanto às tarefas a serem desenvolvidas para se obter maior eficiência produtiva e conseguir a melhor relação custo-benefício na realização de determinada tarefa. A ênfase neste caso é na especificação das ações orçamentárias, produtos e matas físicas; 3) planejamento: o orçamento deve ser um instrumento de implementação do plano de médio prazo do Governo. As ações orçamentárias – projetos e atividades – devem resultar em produtos que contribuam para consecução dos objetivos dos programas; 4) administração macroeconômica: o orçamento deve ser também um instrumento para controlar as receitas e despesas agregadas, de modo a possibilitar o alcance de objetivos de inflação baixa e redução do desemprego.

 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Planejamento em Saúde, Plano de Saúde, Plano Plurianual (PPA), Programação pactuada e integrada (PPI), Relatório de gestão.

Ouvidorias

São canais democráticos que permitem disseminar informações e ouvir manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas às suas manifestações. No âmbito da Saúde, elas alcançam diversas secretarias estaduais e municipais, experiência que deve ser ampliada. Com esse objetivo foi criada a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, a partir da reestruturação de três serviços: Disque Saúde, Serviço de atendimento ao cidadão usuário do SUS (SAC-SUS), e Centro nacional de promoção da qualidade e proteção ao usuário do SUS (Pró-Saúde). A construção de um Sistema Nacional de Ouvidorias em Saúde, com bases descentralizadas, permitirá ampliar o acesso do cidadão usuário às informações e orientações sobre o SUS e organizar canais de recepção às suas manifestações, acerca da qualidade e satisfação dos serviços públicos de Saúde, identificando as reais necessidades da população. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa dos direitos à Saúde da população. As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em Saúde e produção de informações gerenciais que subsidiarão as tomadas de decisões. O processo de avaliação será permanente

e funcionará a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de Saúde. É imprescindível o compromisso do gestor estadual e municipal de Saúde na tarefa de promover e estruturar canais abertos e acessíveis de comunicação com a população. Um sistema informatizado, que está sendo criado, permitirá a integração do conjunto das ouvidorias em Saúde, em âmbito nacional.

 A iniciativa de criação de ouvidorias em Saúde já é uma realidade em diversas secretarias estaduais e municipais de Saúde. Estão em processo de formulação as diretrizes para uma Política Nacional de Ouvidorias do SUS. Entretanto, os municípios têm autonomia para iniciar os processo de constituição de suas ouvidorias, buscando, se necessário, apoio junto a outras instâncias de gestão.

 Gestão participativa, Informação e comunicação em Saúde.



Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Define ações estratégicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde das mulheres, adolescentes e crianças. Lançado em 2004, colocou a luta pela redução da mortalidade materna e neonatal como política de Estado, preservando os direitos humanos de mulheres e recém-nascidos, tendo em vista que, em sua quase totalidade, são mortes evitáveis. Tem como meta inicial a redução da mortalidade materna e neonatal em 15%, até o final de 2006, e como objetivo estratégico, nas próximas duas décadas, a redução desses indicadores aos níveis considerados aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Envolve a realização de seminários estaduais e municipais de pactuação e das ações estratégicas entre gestores e sociedade civil organizada, além da qualificação das equipes de maternidades de capitais, municípios-pólos e/ou dos 78 municípios brasileiros identificados como apresentando indicadores elevados de mortalidade materna, mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e mortalidade pós-neonatal. Estão sendo implementados e dinamizados comitês de mortalidade materna e neonatal, estimulando a vigilância ao óbito e realizando repasse financeiro com base no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), além de recursos oriundos das áreas técnicas da saúde da mulher, criança e adolescente. Entre as ações estratégicas destacam-se: efetivação de pactos municipais e estaduais; qualificação e humanização da atenção à Saúde da mulher e da criança; acolhimento ao parto; garantia do direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto; dar resolutividade à atenção ao parto e ao nascimento; garantia de atenção humanizada ao aborto; organização de acesso e adequação da oferta de serviços; qualificação do atendimento às urgências/

emergências; melhoria da rede hospitalar e ampliação dos centros de parto normal; expansão da atenção à saúde da mulher e da criança; ampliação das ações de planejamento familiar; redução da transmissão vertical do HIV/Aids; proteção à saúde da mulher trabalhadora; atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas, respeitando as suas particularidades étnicas e culturais; acompanhamento de planos e seguros privados de saúde; promoção à educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal; garantia à vigilância ao óbito materno e infantil; fortalecimento dos projetos de premiação de serviços exemplares.



O gestor municipal ou estadual deve organizar em conjunto com o Ministério da Saúde (enviando um ofício ou e-mail para pactonacional@saude.gov.br solicitando o apoio) e as representações da sociedade civil, um seminário para lançamento do Pacto. Nesse seminário, a metodologia deve garantir ampla discussão, permitindo que se definam as responsabilidades dos gestores (municipais, estaduais e federal), bem como da sociedade civil. Na plenária final do seminário, deve ser aprovado um plano de trabalho e indicada uma Comissão de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto, naquele município e/ou estado. Os municípios que já fazem parte da relação dos 78, aprovada na Comissão Intergestores Tripartite em 2004 (relação no site: <http://www.saude.gov.br/proesf>), devem enviar os planos de trabalho, após aprovação nos conselhos municipais de Saúde e nas comissões intergestores bipartites.



Saúde da criança, Saúde da mulher.

P

Participação social em Saúde

É uma das maneiras de se efetivar a democracia, através da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de

uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado.

 A participação da comunidade no SUS acontece, nos municípios, por meio de canais institucionalizados (ou seja, previstos por leis ou normas do SUS), como as conferências municipais de Saúde, os conselhos municipais de Saúde, os conselhos gestores de serviços ou, ainda, por meio de reuniões de grupos por áreas de afinidade. Mesmo nos órgãos internos do SUS, os processos participativos são importantes, como as mesas de negociação trabalhista, a direção colegiada e outras.

 Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Gestão participativa.

 Constituição Federal, de 1988; Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Participa SUS

Sigla de Política da Secretaria de Gestão Participativa para o SUS, que objetiva promover a gestão participativa, entendida como todo mecanismo de deliberação e de gestão compartilhados. Compreende o controle social realizado por meio dos conselhos e conferências de Saúde, da participação e mobilização popular, do funcionamento de ouvidorias, das pesquisas de satisfação de usuários do SUS e da difusão dos direitos dos usuários do SUS. As marcas dessa política são: a reafirmação dos pressupostos da reforma sanitária quanto ao direito universal à Saúde como responsabilidade do Estado; a construção de um pacto de promoção da gestão participativa entre as três esferas de governo; a ampliação dos mecanismos de participação popular nos processos de gestão do SUS, de forma a garantir sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular; a adoção de mecanismos e práticas de gestão participativa, nas três esferas de gestão do SUS, envolvendo gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.

 O gestor municipal deve instituir mecanismos de escuta e interação permanente entre os gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários do SUS, de forma que as suas opiniões, percepções e demandas sejam valorizadas nos processos de gestão. Deve ainda valorizar e fortalecer os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os conselhos de

Saúde e as conferências; deve realizar as Conferências Municipais de Saúde, instrumentos essenciais na formulação da política municipal de Saúde, e implementar o pacto de gestão participativa, firmado entre as três esferas de governo, com a implementação da política de gestão participativa, envolvendo gestores, prestadores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS. Deve ampliar e fortalecer o acesso da população às informações sobre a Saúde, o SUS e direitos sociais; fortalecendo e qualificando as instâncias de participação da sociedade civil e do controle social. Deve qualificar e promover a humanização e solidariedade nas relações entre os gestores do SUS, trabalhadores de saúde e usuários, ampliando os canais de comunicação e a co-responsabilidade desses atores com o processo de produção social da Saúde, de garantia do acesso integral e da equidade. Deve promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e participação popular na Saúde e apoiar instâncias organizadas de representação social. Deve realizar escuta contínua das necessidades e demandas da população, processando essas informações para serem utilizadas como ferramentas para a gestão nas distintas esferas do SUS. Deve promover o envolvimento de outros setores de governo municipal comprometidos com a produção de Saúde, construindo práticas de articulação intersetorial. Deve promover a ampliação dos direitos da população à Saúde, comprometendo a sociedade e os distintos setores de governo com a produção de Saúde e com o SUS.

 Atores sociais, Co-gestão, Conselho Municipal de Saúde, Conselhos gestores de unidades de Saúde, Controle social, Intersetorialidade em Saúde, Relatório de gestão, Seminários de gestão participativa em Saúde.

P

PCCS SUS

 Plano de carreira, cargos e Salários do SUS (PCCS SUS).

Pesquisa em Saúde

São pesquisas cujos resultados se voltam à aplicação no setor Saúde, buscando, em última instância, a melhoria da saúde de indivíduos ou grupos populacionais. Podem ser categorizadas por níveis de atuação científica e

compreendem os tipos de pesquisa básica, clínica, epidemiológica e avaliativa, além de pesquisas em outras áreas como economia, sociologia, antropologia, ecologia, demografia e ciências políticas.

 Pesquisa em Saúde/fomento; Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

 Decit-MS: <http://www.saude.gov.br/sctie/decit>; ITD-BVS: <http://itd.bvs.br>; Centro Cochrane: <http://www.centrocohranedobrasil.org/>; BVS-Bireme: <http://www.bireme.br/>

Pesquisa em Saúde/fomento

Conjunto de ações que buscam fortalecer a pesquisa em Saúde no País, em termos de recursos e qualidade de gestão. Nessa perspectiva, está em curso o processo de construção da Política de Ciência e Tecnologia em Saúde e da agenda de prioridades de pesquisa em Saúde. Ambas visam o aumento da equidade e o fortalecimento dos padrões éticos das ações de ciência e tecnologia em Saúde. Devem, portanto, considerar aspectos tão díspares e relevantes quanto as doenças e os agravos, os fatores de risco, os impactos ambientais e laborais no desgaste da saúde humana, o aspecto epidemiológico e demográfico, o complexo produtivo da Saúde (medicamentos, vacinas, hemoderivados, equipamentos), além da necessidade de se aprofundarem os mecanismos de cooperação e coordenação intragovernamentais, fator de perda da eficiência das ações no campo da ciência, tecnologia e inovação em Saúde.

 Equidade, Pesquisa em Saúde, Pesquisa envolvendo seres humanos, Programa Pesquisa para o SUS, Gestão compartilhada em Saúde.

Pesquisa/desenvolvimento

Ações que envolvem a geração de conhecimentos, a transformação dos conhecimentos em tecnologias e a adaptação de tecnologias existentes em novas tecnologias, na forma de produtos e processos acabados que atendam às necessidades do mercado.

 Agenda nacional de prioridades de pesquisa em Saúde, Incorporação tecnológica.

Pesquisa envolvendo seres humanos

Pesquisa que envolve o ser humano, individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, considerando suas situações física, psicológica, social e educacional. É fundamental que a participação dos sujeitos em pesquisa se dê com consentimento livre e esclarecido, disponibilizando-lhes de todas as informações necessárias sobre benefícios, riscos e conseqüências da pesquisa.

 Bioética, Biotecnologia, Pesquisa em Saúde.

 Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Piso básico de vigilância sanitária (PBVS)

 Teto financeiro da vigilância em Saúde (TFVS).

Piso de atenção básica (PAB)

 Atenção básica à Saúde.

Planejamento em Saúde

O processo de planejamento contempla uma série de etapas ordenadas ao longo do tempo: planejamento (propriamente dito), execução, monitoramento, avaliação e replanejamento. Essas etapas desenvolvem-se mediante processos específicos, com tempos e movimentos diferentes.

 A etapa de planejamento consiste na elaboração dos documentos que expressam, basicamente, as intenções do gestor. Planejar é, fundamentalmente, avaliar o passado, sondar o futuro, tomar decisões e prometer fazer. Os documentos que expressam essas intenções podem, também, referir-se a variadas dimensões, segundo uma gradação do macro para o micro. Nesse contexto, alinham-se as políticas, os planos, os programas, os projetos, as atividades, as ações e as tarefas necessárias. O que diferencia essas diversas dimensões do planejamento é o grau de abrangência e de detalhamento con-

ferido a cada uma delas. O monitoramento e a avaliação, como ações permanentes, têm por objetivo analisar, criticamente, as políticas e planos, visando verificar, principalmente, em que medida os objetivos estão sendo alcançados, a que custo, quais os processos ou efeitos (previstos ou não, desejáveis ou não), indicar rumos novos e mais eficazes. Nesse sentido, devem servir para ajustar, corrigir, modificar e reorientar políticas, objetivos, metas, princípios, estratégias e ações. Assim, o planejamento das ações de Saúde necessárias a uma comunidade e a análise do desenvolvimento das ações previstas concretizam a responsabilidade dos gestores pela saúde da população. O processo de planejamento em Saúde envolve vários aspectos de naturezas diversas, compreendendo desde aqueles relativos à organização e gestão do Sistema de Saúde, passando pelos diferentes recursos estratégicos, até alcançar aqueles relacionados com a atenção à saúde propriamente dita, a qual abrange uma imensa e complexa gama de ações, serviços e medidas de intervenção.

 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Orçamento público, Plano de Saúde, Plano Plurianual (PPA), Programação pactuada e integrada (PPI), Relatório de gestão.

 Introdução do Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela Saúde no Brasil, no CD-Rom encartado nesta publicação.

Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS SUS)

Conjunto de princípios e diretrizes que orientam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados, constituindo-se, assim, em valioso instrumento de gestão da política de pessoal. Uma política de valorização e garantia da construção da dignidade ao trabalhador pressupõe, entre outras medidas, a adoção de um plano de carreira, cargos e salários, que contemple uma carreira profissional em todos os seus aspectos, ou seja, que construa a identidade do trabalhador do SUS. O Ministério da Saúde criou uma comissão com a participação dos gestores, prestadores e trabalhadores para propor diretrizes para o PCCS SUS (diretrizes colocadas em consulta pública no primeiro trimestre de 2005) tendo como

objetivo concretizar essa política de valorização do trabalhador, que passa a ser considerada um bem público do SUS e estabelecendo, assim, uma política de gestão do trabalho articulada, compatibilizando as diferentes realidades sociais e institucionais.



Entre na página na Internet do Ministério da Saúde e participe da consulta pública.



Gestão do trabalho e da educação na Saúde, Planejamento em Saúde, Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza SUS).



Portaria nº 626, de 8 de abril de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Plano de Saúde

A decisão de um gestor sobre quais ações de Saúde desenvolver deve ser fruto da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade, motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população, o que resulta na implementação de um plano capaz de promover uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social desta mesma população. O Plano de Saúde, aprovado pelo Conselho de Saúde respectivo, é instrumento fundamental para a gestão do SUS. A sua elaboração, implementação, monitoramento, avaliação e atualização periódica constituem atribuição comum das três esferas de gestão do Sistema, as quais devem, a partir do Plano, formular a respectiva proposta orçamentária. Cabe também a cada esfera “promover a articulação da política e dos planos de saúde” (Artigo 15 da Lei nº 8.080 de 1990).



O Plano de Saúde abrange um ou mais períodos de governo da esfera de gestão correspondente, sendo operacionalizado por meio de programas e/ou projetos. Por se tratar de instrumento que expressa as intenções do gestor do SUS em determinado período, é importante que o Plano de Saúde – seja ele municipal, estadual ou nacional – contenha alguns elementos básicos, tais como: 1) a análise situacional, contemplando informações acerca das respectivas condições socioeconômicas, epidemiológicas e de gestão do Sistema – como capacidade instalada, profissionais de saúde, recursos finan-

ceiros –, entre outros; 2) os objetivos, as diretrizes, as estratégias e metas pretendidos no período, tanto em relação à atenção à saúde propriamente dita, quanto à gestão SUS no âmbito correspondente; e 3) o processo de monitoramento, avaliação e atualização periódica do Plano.

 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Orçamento público, Planejamento em Saúde, Plano Plurianual (PPA), Programação pactuada e integrada (PPI), Relatório de gestão.

 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994, Decreto nº 1.651 de 28 de setembro de 1995, Portaria nº 548 de 12 de abril de 2001, Plano Nacional de Saúde (PNS) – Um pacto pela Saúde no Brasil, no CD-Rom encartado nesta publicação.

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

 Saúde no Sistema Penitenciário/política.

Plano Plurianual (PPA)

O PPA é o instrumento de planejamento de médio prazo do Governo Federal que estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal, as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Lei quadrienal prevista no Artigo 165, da Constituição Federal, entra em vigor a partir do segundo ano de mandato do governante até o primeiro ano do mandato seguinte. Os princípios que norteiam o PPA são: 1) identificação clara dos objetivos e prioridades do Governo; 2) integração do planejamento e do orçamento; 3) promoção da gestão empreendedora; 4) estímulo às parcerias; 5) gestão orientada para resultados; 6) organização das ações de governo em programas.

 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Orçamento público, Planejamento em Saúde, Plano de Saúde, Programação pactuada e integrada (PPI), Relatório de gestão.

Plano privado de assistência à Saúde

Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, contratada por pessoa física ou jurídica, a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à Saúde, pela faculdade de acesso a atendimentos por profissionais ou serviços de Saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

 Operadora de plano de assistência à Saúde, Política de Qualificação da Saúde Suplementar, Saúde suplementar.

 Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no CD-ROM encartado nesta publicação; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Anexo 2 desta publicação – Contatos do SUS.

Política da Secretaria de Gestão Participativa para o SUS (Participa SUS)

 Participa SUS.

P

Política de Educação Permanente em Saúde

Os princípios da Política de Educação Permanente para o SUS são: articulação entre educação e trabalho no SUS, produção de processos e práticas de desenvolvimento nos locais de serviço; mudança nas práticas de formação e de Saúde, tendo em vista a integralidade e humanização; articulação entre ensino, gestão, atenção e participação popular e controle social em Saúde e produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica dos serviços e do sistema de Saúde. A educação permanente propicia a reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS, que inclui a integralidade, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, a dinamização de coletivos, a gestão de equipes e de unidades, a capacidade de problematizar e identificar pontos

sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e da humanização. O foco da Educação Permanente em Saúde são os processos de trabalho e as equipes (atenção, gestão, participação e controle social), possibilitando a construção de um novo estilo de gestão, no qual os pactos para reorganizar o trabalho sejam construídos coletivamente e os diferentes profissionais passam a ser sujeitos da produção de alternativas para a superação de problemas. Essa análise coletiva dos processos de trabalho permite a identificação dos “nós críticos” enfrentados na atenção ou na gestão e a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema, implicando um acompanhamento e apoio técnico. As principais diretrizes da Política de Educação para o SUS foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e publicadas na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

 **Pólos de educação permanente em Saúde.**

 **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004; Portaria nº 1.829, de 2 de setembro de 2004; Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, no CD-ROM encartado nesta publicação.**

Política de Gestão do Trabalho e Regulação Profissional no Âmbito do Mercosul e América Latina

A formação de blocos econômicos regionais constitui-se como parte do processo de globalização. Dentre esses, a União Européia se caracteriza por um grau avançado de integração. Na região das Américas, existe a proposta de criação da Área de Livre Comércio das Américas (Alca). Vários outros blocos sub-regionais foram criados com graus de integração distintos: o *North American Free Trade Area* (Nafta) – acordo livre comércio de América do Norte, o Pacto Andino e o Mercosul. O Mercado Comum do Sul (Mercosul) é um bloco econômico formado pela República Federativa do Brasil, República Argentina, República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai, denominados estados-partes. O Chile e a Bolívia, denominados estados-associados, têm acordos de convergência econômica com o Mercosul. Criado em 26 de

março de 1991, por uma carta constitutiva – o Tratado de Assunção –, tem como objetivo central a constituição de um Mercado Comum (livre circulação de bens, serviços e fatores de produção). A superação de problemas da conjuntura econômica e divergências entre os estados-partes – suas lideranças e suas sociedades – no seu processo de negociação é fundamental para o crescimento, a expansão dos mercados, o desenvolvimento social e a consolidação da integração entre esses países. Esse processo de integração já abarca áreas, como a coordenação de políticas externas, a cooperação em matéria de segurança internacional, a cooperação em matéria de segurança interna e de assuntos judiciais, a educação, como também nas questões de regulação e regulamentação do exercício profissional na área da Saúde. Várias ações concretas já foram desenvolvidas com objetivo de harmonizar e compatibilizar as legislações na área da Saúde nos estados partes, a fim de identificar mecanismos para regular e controlar o exercício profissional. Entre elas, encontra-se a aprovação da Resolução nº 27 de 2004 sobre a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul. Os estados-partes deverão incorporar essa Resolução a seus ordenamentos jurídicos nacionais e adotar as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para seu cumprimento. Esta medida constitui um grande avanço no processo de integração, podendo ser estendida para todas as fronteiras do País.

 Mesa nacional de negociação permanente do SUS; Gestão do trabalho e da educação na Saúde; Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS SUS); Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza SUS).

P

Política de Qualificação da Saúde Suplementar

Objetiva qualificar o setor de saúde suplementar brasileiro, formado pelas operadoras de planos de assistência à Saúde. Apesar dos conflitos que marcam o relacionamento entre os diversos atores sociais que compõem o setor, o interesse de todos deve ser convergente quando se trata de qualificação. A partir dessa perspectiva, a regulação do setor tem buscado um processo de qualificação – que deve aparecer em todas as dimensões de operação do setor (assistencial, econômico-financeira, operacional e na busca da sa-

tisfação do usuário) – de operadoras, prestadores de serviços, beneficiários e do próprio órgão regulador. Por meio dessa política, a saúde suplementar é induzida a uma mudança profunda em todos os atores envolvidos, transformando: operadoras de planos em gestoras de saúde, prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde, beneficiários em usuários com consciência sanitária. A proposta de avaliação de qualidade da saúde suplementar tem como princípios norteadores: a avaliação do impacto das ações de Saúde na população beneficiária; a perspectiva de sistema; a avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para construção dos indicadores. Para isso, apresenta como prioridade de intervenção o desenvolvimento da “Qualificação da Saúde Suplementar” que se desdobra em uma avaliação da Qualidade das Operadoras e da Qualidade Institucional. A Qualidade das Operadoras é avaliada em quatro dimensões: 1) avaliação da qualidade da atenção à Saúde; 2) avaliação da qualidade econômico-financeira; 3) avaliação da qualidade da estrutura e operação; 4) avaliação da satisfação dos beneficiários. A qualidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, será avaliada em quatro dimensões: 1) articulação com outros órgãos do governo; 2) interação com os atores sociais do setor – aprendizado/ inovação; 3) processos internos; 4) satisfação dos beneficiários e conhecimento da ANS.

 Qualificação da Saúde Suplementar, em <http://www.ans.gov.br>

Política de Saúde para a População do Campo

Objetiva organizar e estruturar uma rede de serviços do SUS voltada à população do campo, de forma regionalizada e hierarquizada, com garantia do acesso às ações integrais de atenção básica, de média e de alta complexidades, em um modelo humanizado, que dialogue com os princípios do modelo agrícola adotado por cada movimento social organizado no campo e com os princípios do etno-desenvolvimento. Serão desenvolvidas ações que permitam o enfrentamento de questões como: combate ao uso de agrotóxicos, implantação da política de fitoterápicos, acesso humanizado, combate à discriminação e defesa de um modelo auto-sustentado. Em processo de construção, a Política de Saúde para a População do Campo está sendo conduzida pelo Grupo

da Terra, que inclui representantes do Ministério da Saúde (MS) - condutor do processo -, de movimentos sociais organizados no campo (MST, Contag, Coneq, MMC) e convidados permanentes (Conass e Conasems). Alcançará o segmento populacional formado por agricultores e seus familiares, trabalhadores rurais assalariados e em regime de trabalho temporário; trabalhadores rurais assentados; trabalhadores rurais que não têm acesso a terra e famílias de trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos rurais; populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas e povoados; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; comunidades tradicionais e trabalhadores que moram nas periferias das cidades e que trabalham no campo. Entre outras metas, propõe-se a estabelecer políticas específicas para saneamento, uso de plantas medicinais e fitoterápicos, educação em Saúde, controle social e saúde ambiental, gerenciando os fatores de risco pela exposição aos agrotóxicos e a outras substâncias químicas, avaliando a qualidade da água, dos alimentos e realizando ações de atenção primária ambiental, alimentação e segurança alimentar, respeitando e valorizando as culturas locais. As definições das prioridades para a alocação de recursos se basearão em indicadores sanitários, epidemiológicos e de saúde ambiental. Foram acordados como critérios para a eleição de áreas prioritárias: os municípios nos quais o processo de produção se baseie na agricultura familiar e aqueles com áreas de acampamento, assentamento, quilombos e reservas extrativistas; os municípios que apresentam baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elevada taxa de mortalidade infantil, concentração de investimentos do Governo Federal e apoio do poder local; municípios integrantes do programa Fome Zero e que estejam concentrados na região do semi-árido e na Amazônia Legal. A natureza das ações respeitará a organização de cada setor, região e localidade em seu processo de descentralização da gestão da política e dos recursos disponíveis.

P

 Discriminação e preconceito, Saúde da população indígena.

 Portaria nº 719, de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Política Nacional de Atenção às Urgências

 Atenção às urgências.

Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

É a política desenvolvida pelo Ministério da Saúde que tem como fundamento a busca da equidade no campo da Saúde. Os indicadores regionais e os referentes a diferentes grupos sociais dentro de cada região demonstram a existência de uma profunda discriminação social quanto à qualidade da Saúde da população, que pode ser constatada por meio dos padrões de morbidade, de mortalidade, de acesso aos serviços, na qualidade do atendimento, na disponibilidade de infra-estrutura sanitária, enfim, em qualquer aspecto da intervenção pública ou privada atinente à mesma. É parte integrante da Política Nacional de Saúde e componente da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Tem como objetivo principal desenvolver e otimizar os processos de absorção de conhecimento científico e tecnológico pelas indústrias, pelos serviços de Saúde e pela sociedade. Para viabilizar seus objetivos, adota como diretriz básica o estabelecimento de prioridades de pesquisa em Saúde, visando a aumentar a seletividade e a capacidade de indução das iniciativas de fomento à pesquisa no País. Foi aprovada em julho de 2004, na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

 Agenda nacional de prioridades de pesquisa em Saúde.

 <http://www.saude.gov.br/sctie/decit>

Política Nacional de Humanização do SUS (Humaniza SUS)

 Humaniza SUS.

Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC)

Foi criada em dezembro de 2004, para atender à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar, no âmbito do SUS, experiências de uso da medicina natural e práticas complementares já desenvolvidas pela rede pública de muitos municípios e estados, mas ainda sem uma sistematização de uso. A partir das experiências existentes, esta Política Nacional define as abordagens da Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC) no

SUS. Incluem-se nesse universo a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia e a medicina antroposófica, tendo em conta também a crescente legitimação destas abordagens por parte da sociedade. Um reflexo desse processo é a demanda pela sua efetiva incorporação ao SUS, conforme atestam as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde; da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2003, a qual enfatizou a necessidade de acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos; e da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004. A PMNPC define como essas abordagens devem ocorrer, objetivando contribuir para o aumento da resolubilidade do SUS e para a ampliação do acesso à MNPC. Estabelece, entre outras coisas: mecanismos de financiamento; normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens; estratégias de estímulo às ações intersetoriais e para garantir acesso dos usuários a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos como também para qualificação dos profissionais e divulgação de informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Ao atuar na prevenção de agravos e na promoção, manutenção e recuperação da saúde, essas práticas contribuem para o fortalecimento da integralidade da Atenção à Saúde e incentivam o desenvolvimento da solidariedade e do apoio social, tornando o indivíduo co-responsável pela promoção da Saúde. A Medicina Natural e as Práticas Complementares (MNPC) englobam sistemas médicos e recursos que estimulam os mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Utilizam, portanto, uma visão ampliada do processo saúde/doença, promovendo o cuidado humano de forma global, especialmente o auto-cuidado. Transcendendo o campo de atuação da Saúde, a PMNPC demanda articulação intersetorial, efetivada nas diferentes instâncias do SUS. Entre as responsabilidades do gestor municipal definidas pela PMNPC estão: elaborar normas técnicas para sua inserção na rede municipal de Saúde, definir recursos orçamentários e financeiros para sua implementação (considerando a composição tripartite), estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de Saúde, realizar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos,

realizar estudos de demandas reais, apresentar e aprovar proposta de inclusão da MNPC no Conselho Municipal de Saúde.

 Esta política está em fase de pactuação e aprovação pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), devendo ser amplamente divulgada após finalizado este processo. Atualmente, o Ministério da Saúde financia a consulta médica em homeopatia e acupuntura na tabela de produção ambulatorial.

 Fitoterapia e plantas medicinais, Medicina antroposófica, Medicina tradicional chinesa/acupuntura.

Política Nacional de Sangue e Hemoderivados

Tem como principais prioridades oferecer ao gestor: 1) a capacitação e qualificação da hemorrede; 2) a qualificação do plasma brasileiro para a Hemobrás, primeira fábrica nacional de hemoderivados, além de ações voltadas para a captação de doadores, qualificação dos hemocentros e uso racional de sangue e componentes (comitês transfusionais); 3) a contratualização dos hemocentros, objetivando modificar a lógica do financiamento, com mudança gradual do pagamento por produção para a gestão da qualidade; 4) a redução das desigualdades regionais. Tem ainda como programas prioritários a atenção integral aos pacientes portadores de hemoglobinopatia (anemia falciforme e talassemias); a atenção integral aos pacientes portadores de coagulopatias (as hemofilias); e o Projeto Brasilcord, constituição do banco público nacional de sangue placentário e de cordão umbilical (células-tronco). Em abril de 2004, o Decreto nº 5.045 transferiu a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados da Anvisa para o Departamento de Atenção Especializada da SAS do MS, objetivando aperfeiçoar a gestão e consolidar a boa imagem do sistema nacional de sangue, componentes e derivados; garantir a oferta de sangue e componentes a 100 % dos leitos SUS, pelos serviços públicos de hemoterapia; acesso universal e integral aos pacientes portadores de hemoglobinopatias e coagulopatias; o abastecimento de hemoderivados aos pacientes hematológicos, o desenvolvimento e implantação de novas tecnologias, a qualificação e a humanização, em diálogo constante com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, hemorrede, sociedades de especialistas, academia, movimentos sociais e associações de usuários.

 Anemia falciforme, Fenilcetonúria (PKU), Hipotireoidismo congênito (HC).

 Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/epntn.htm>; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

 Saúde da pessoa com deficiência.

Política Nacional de Saúde Mental

 Saúde mental.

Pólos de educação permanente em Saúde

São espaços destinados ao debate, problematização e priorização de ações de educação permanente, que têm como papel: identificar necessidades de formação de acordo com a situação de Saúde e de organização do SUS; identificar potencialidades de cada instituição local; estabelecer prioridades para ação de Educação Permanente em Saúde na loco-região; construir em parceria com as iniciativas de formação capilarizadas, contextualizadas e transformadoras. A partir do lançamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, já foram constituídos no Brasil até dezembro de 2004, 96 pólos de educação permanente em Saúde. Os recursos para esse trabalho foram pactuados na tripartite e a distribuição pelos diferentes estados foi definida levando em conta a população, o número de unidades de saúde, ênfase ampliação da atenção básica, os conselhos de Saúde existentes e os municípios em gestão plena.

 Educação popular em Saúde, Política de Educação Permanente em Saúde.

 Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004; Portaria nº 1.829, de 2 de setembro de 2004; Política de Educação Permanente em Saúde e

publicação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Pólos-base/saúde indígena

São as primeiras referências para os profissionais de saúde que atuam em aldeias indígenas. Podem estar localizados em uma comunidade indígena ou em um município de referência. Nesse último caso, correspondem a uma unidade básica de Saúde já existente na rede de serviços municipal.

 Distrito sanitário especial indígena, Saúde da população indígena.

Portos, aeroportos e fronteiras

O único setor em que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, atua diretamente na fiscalização em tempo integral é na área de portos, aeroportos e fronteiras do País, onde é responsável pela barreira sanitária que protege a população de doenças como febre amarela, cólera e dengue, entre outras. Além disso, o setor orienta e controla a vacinação nestes postos, emitindo o Certificado Internacional de Vacinação Anti-amarílica.

 Inspeção em vigilância sanitária, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.

Prestação de contas/convênios

 Convênios federais de Saúde.

Programação pactuada e integrada (PPI)

É um processo instituído, no âmbito do SUS, para a definição da programação da atenção à Saúde e alocação dos recursos da assistência à Saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização de pactos entre os gestores. Objetiva definir, de forma transparente, os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviço, 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. A PPI, portanto, é um dos momentos do processo de planejamento em Saúde que agrega tanto funções de alocação de recursos quanto de reorganização das redes de atenção, dando concretude às diretrizes e prioridades expressas nos demais processos e instrumentos gerais de planejamento: planos de Saúde, planos plurianuais e outros. Embora, até o momento, esse processo tenha se restringido aos recursos federais de custeio, pretende-se que passe a englobar recursos próprios dos estados e municípios.



A PPI deve ser construída em três etapas: 1) etapa preliminar de programação: em coerência com as diretrizes da Política de Saúde estabelecida nos planos estaduais de Saúde, planos plurianuais, Pacto da Atenção Básica, Plano Diretor de Regionalização e demais instrumentos do planejamento, o gestor estadual, em conjunto com os gestores municipais define, por meio das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), sua tradução para as situações específicas do campo da assistência dos estados e municípios. Resulta dessa fase a macro-alocação dos recursos a serem programados e os parâmetros assistenciais médios a serem adotados, de maneira a refletir as prioridades definidas; 2) etapa de programação municipal: o processo de programação é descentralizado para os municípios, onde os gestores municipais fazem a adaptação dos parâmetros, adequando-os às especificidades locais e promovendo a pactuação das referências intermunicipais, por meio de fóruns regionais e ou micro-regionais. Nessa etapa, são fundamentais a coordenação e o apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde (SES) ao município. Esse processo deve resultar na composição dos tetos municipais e na formalização dos pactos; 3) etapa de consolidação da PPI estadual: a SES deve proceder à compatibilização das programações municipais, a consolidação do teto estadual e à publicação, em Diário Oficial do Estado, dos limites financeiros assistenciais. Uma nova proposta de PPI está em elaboração, introduzindo mudanças nas diretrizes desse processo, incluindo lógica de programação, aberturas programáticas e concepção do Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada (Sisppi), em projeto conjunto com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e o Datasus, incluindo a etapa de programação intra-municipal e chegando aos estabelecimentos de Saúde. A

PPI só terá utilidade prática se refletir o movimento dos fluxos estabelecidos e for acompanhada sistematicamente.

 Programação pactuada integrada de vigilância em Saúde (PPI-VS).

Programação pactuada integrada de vigilância em Saúde (PPI-VS)

Propõe atividades e metas que visam fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, tendo como premissa básica o aumento da capacidade do município de assumir as atividades de notificação, investigação e confirmação laboratorial, imunização, sistemas de informação, vigilância ambiental em Saúde e ações básicas de vigilância sanitária. Serve ainda para que os compromissos assumidos entre os gestores federais, estaduais e municipais do SUS, na área de vigilância em Saúde, sejam objeto de efetiva programação e responsabilização conjunta. Após discussão técnica de cada meta, são definidas as responsabilidades de cada nível na execução das ações.

 A União estabelece anualmente as metas e ações de promoção, prevenção e controle de doenças a serem desenvolvidas nas unidades federais. As secretarias estaduais de Saúde iniciam a discussão técnica das metas e ações propostas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, analisando a viabilidade técnica de cumpri-las, a fim de que subsidiar os municípios na incorporação da importância da realização das ações. Após esta discussão, os municípios são convocados para apresentação das planilhas e ações propostas. Cabe aos municípios o dever de assumir a quase totalidade da execução das ações de vigilância em Saúde. O pacto é encaminhado para análise e aprovação das comissões intergestores bipartites (CIBs) e ratificado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O financiamento para o cumprimento das metas e ações definidas na PPI é proveniente do Teto financeiro de vigilância em Saúde (TFVS).

 Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões intergestores bipartites (CIBs), Programação pactuada e integrada (PPI), Responsabilização sanitária, Teto financeiro de vigilância em Saúde (TFVS).

 <http://www.saude.gov.br/svs>

Programa de Análises de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para)

 Agrotóxicos/análises de resíduos.

Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica

Objetiva promover processos de capacitação que possibilitem a expansão e a qualificação da rede de serviços e ações de atenção psicossocial, nas diversas regiões do País. Teve início em 2002 e contempla núcleos de capacitação em saúde mental que, a partir de 2003, passaram a ser articulados aos pólos permanentes de educação em Saúde. Apóia diversas modalidades de cursos, de acordo com as necessidades dos estados e municípios.

 O gestor municipal deve se articular nos pólos de educação permanente para efetivar esta estratégia para o seu município.

 Centros de atenção psicossocial (Caps), Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil, Geração de renda em saúde mental, Programa de Volta para Casa, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria, Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, Saúde mental, Serviços residenciais terapêuticos.

 <http://pvc.datasus.gov.br>, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, no CD-ROM encartado nesta publicação.

P

Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares

 Saneamento/melhorias básicas domiciliares e coletivas.

Programa de Volta para Casa

O objetivo principal do Programa de Volta para Casa é contribuir, efetivamente, para o processo de reinserção social dos pacientes com transtornos mentais com longo tempo de hospitalização, ou que se caracterizem por forte dependência institucional. Visa a incentivar a organização de uma rede ampla

e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social e capaz de assegurar o bem-estar global, estimulando o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.



Para incluir o município no programa, o gestor deve solicitar ao Ministério da Saúde sua habilitação. Posteriormente, será firmado o termo de adesão, o gestor deverá enviar os cadastros de seus potenciais beneficiários, candidatos a receberem do programa a bolsa-auxílio de reabilitação psicossocial. Esses usuários devem atender aos requisitos dispostos na lei (detalhados na Portaria nº 2.077 de 31 de outubro de 2003), notadamente serem egressos de internação psiquiátrica continuada por dois anos ou mais.



Centros de atenção psicossocial (Caps), Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil, Geração de renda em saúde mental, Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/psiquiatria, Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, Saúde mental, Serviços residenciais terapêuticos.



<http://pvc.datasus.gov.br>, Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Programa Farmácia Popular do Brasil

Política pública com o importante objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. Destina-se ao atendimento igualitário de pessoas, usuárias ou não, dos serviços públicos de Saúde, mas principalmente daquelas que utilizam os serviços privados de Saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos privados. O acesso aos benefícios é assegurado mediante apresentação de receituário médico ou odontológico, prescrito de acordo com a legislação vigente, contendo um ou mais medicamentos do elenco. O programa disponibiliza um elenco de medicamentos, estabelecido com base em evidências científicas e epidemiológicas que indicam sua aplicação segura e eficaz no tratamento das doenças e agravos prevalentes na população do País. A prioridade para aquisição dos medicamentos para o programa é dada aos laboratórios farmacêuticos públicos, pertencentes à União, estados e municípios.

Sempre que disponíveis no mercado, prioriza-se a aquisição de medicamentos genéricos. O Programa Farmácia Popular do Brasil se desenvolve de forma conjunta, envolvendo o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Porém, é através dessa última que se materializa a sua execução, por meio de convênios firmados com estados, Distrito Federal, municípios e os órgãos, instituições e entidades públicas e, também, privadas, sem fins lucrativos de assistência à Saúde e ensino superior de farmácia.



Os interessados em firmar parcerias para a instalação de unidades do Programa Farmácia Popular podem fazê-lo observando as normas contidas no Manual Básico do Programa disponível na Internet. É importante salientar que foi instituído por portaria ministerial o incentivo para a instalação e manutenção das unidades pelos parceiros, o que é feito através de repasses “fundo a fundo”, no caso de municípios, estados e Distrito Federal, ou de convênios para os demais parceiros. No mesmo endereço na Internet podem ser obtidas informações sobre a localização das farmácias, os medicamentos disponíveis no programa e a sua fundamentação legal.

 Assistência farmacêutica, Centrais farmacêuticas, Dispensação/dispensário, Medicamento de referência, Medicamento genérico, Medicamentos essenciais, Medicamentos/programas de distribuição, Medicamentos/remédios, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).



Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação; Programa Farmácia Popular em: <http://www.saude.gov.br/farmaciapopular>; Disque-Saúde do MS, telefone: 0800-611997.

P

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/ Psiquiatria

Instituiu um processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como em hospitais gerais com leitos psiquiátricos, com o objetivo de avaliar a assistência prestada nos hospitais psiquiátricos brasileiros vinculados ao SUS. A avaliação decorre da aplicação de instrumento qualitativo que envolve tanto a avaliação da estrutura física e dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, entre outros compo-

nentes identificados pela área de vigilância sanitária, quanto o componente de avaliação qualitativa do próprio processo terapêutico em saúde mental e o nível de satisfação do usuário, assim como adequação e inserção da instituição hospitalar à rede de atenção em saúde mental daquele espaço territorial. Além da análise qualitativa, é feita análise quantitativa pela pontuação de todos os quesitos, gerando um escore final.

 Centros de atenção psicossocial (Caps), Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil, Geração de renda em saúde mental, Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Programa de Volta para Casa, Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, Saúde mental, Serviços residenciais terapêuticos.

 Roteiro para Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos – Pnash/Psiquiatria 2003, em: <http://portal.saude.gov.br>; Portaria n° 251, de 31 de janeiro de 2002, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)

 Dengue/programa.

Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM)

 Malária/programa.

Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH)

 Infecção hospitalar/controle.

Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza SUS)

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, significou a conquista do acesso universal à Saúde. No entanto, os preceitos neoliberais vigentes à época, não consideravam os trabalhadores do SUS como carreira de Estado. Sendo assim, passou-se a adotar no SUS uma política de precari-

zação das relações de trabalho, mediante diversas modalidades de vinculação, caracterizadas pela ausência de direitos trabalhistas e de proteção social. A difusão de tais formas “atípicas” de trabalho levou à fragilização da capacidade de negociação e ao comprometimento da qualidade dos serviços prestados à população. Diante deste quadro, o Ministério da Saúde, em sintonia com a política do Governo Federal, adotou como estratégia a implementação de políticas de valorização do trabalhador, fundamentais para promover a despreciação do trabalho e a consolidação do SUS. O Programa Nacional de Despreciação do Trabalho no SUS tem como meta principal a elaboração de políticas e formulação de diretrizes a serem adotadas no processo de eliminação dos vínculos precários de trabalho na Saúde.

 **Gestão do trabalho e da educação na Saúde; Mesa nacional de negociação permanente do SUS; Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS-SUS); Vínculos precários de trabalho.**

 **Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, no CD-ROM encartado nesta publicação.**

Programa Nacional de Imunizações (PNI)

 **Vacinação.**

Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

P

Criado em junho de 2001, tem como objetivo promover a detecção de patologias congênitas em fase pré-sintomática em todos os nascidos vivos, permitindo o tratamento precoce e, conseqüentemente, diminuindo a morbidade, suas conseqüências e a mortalidade gerada pelas doenças triadas. O PNTN é fundamentado em três aspectos: 1) detecção precoce das patologias (exames de triagem neonatal ou “teste do pezinho”); 2) confirmação diagnóstica (exames confirmatórios); 3) acompanhamento e tratamento dos casos positivos detectados.

 **O gestor municipal deve implementar a coleta para o “teste do pezinho” nos postos de saúde da rede pública, localizados na maioria dos municípios. Foram estabelecidas três fases e escolhidas quatro patologias a serem**

detectadas no PNTN: na fase I, a fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito; na fase II, a anemia falciforme e outras hemoglobinopatias; na fase III, a fibrose cística. Diferentes estados estão habilitados nessas diferentes fases do programa, de acordo com a viabilidade de articulação dos recursos locais necessários. Na fase I, estão habilitados AC, AL, AM, CE, DF, MT, PA, PB, PI, RN, RO, SE e TO. Na fase II, BA, ES, GO, MA, MS, MG, PE, RJ, RS e SP. Na fase III, PR e SC. O PNTN cobre cerca de 80% dos nascidos vivos do País e todas as crianças detectadas com as patologias do PNTN, assegurando pelo SUS o acompanhamento por equipes multidisciplinares (pediatra, endocrinologista, nutricionista, psicólogo e assistente social) e os insumos necessários ao tratamento.

 Anemia falciforme, Fenilcetonúria (PKU), Hipotireoidismo congênito (HC), Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

 Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001 em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-822.htm>; Disque-Saúde do Ministério da Saúde: telefone: 0800-611997.

Programa Nacional DST/Aids

O Programa Nacional de Combate às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids formula políticas, diretrizes e estratégias que orientam ações de promoção à Saúde, de prevenção e de assistência frente a estes agravos. As linhas de atuação do programa são: prevenção, diagnóstico, tratamento e direitos humanos. Na área de prevenção, são trabalhadas estratégias que incentivam o uso do preservativo e de seringas descartáveis, além da difusão de informações para que o vírus HIV não seja transmitido de mãe para filho durante a gravidez. Na área de diagnóstico, as ações visam à detecção precoce, que pode retardar a manifestação da Aids. As estratégias de tratamento objetivam melhorar a qualidade de vida do paciente, por meio da utilização dos medicamentos anti-retrovirais fornecidos gratuitamente pelo SUS. Em relação aos direitos humanos, o programa trabalha em parceria com organizações da sociedade civil, viabilizando projetos de assessoria jurídica, auxílio e orientação às vítimas de discriminação. Para a prevenção das DSTs é crucial que se promova educação da população. Para tanto, foi lançado em 2002 o

projeto “Fique Sabendo”, com objetivo de incentivar a população a realizar o teste anti-HIV, que pode ser feito em centros de testagem e aconselhamento (CTAs) e em laboratórios de Saúde pública.

 Discriminação e preconceito, Epidemia/control, Vigilância em Saúde.

 <http://www.aids.gov.br>

Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde

É uma iniciativa do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) que objetiva promover ações de fomento descentralizado a pesquisas prioritárias para o SUS nos estados, contribuindo para o desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde, em consonância com a Política Nacional de Saúde e com as necessidades reais da população. Para o desenvolvimento do Programa, foi estabelecida parceria com o CNPq e instâncias estaduais de ciência e tecnologia em Saúde.

 Agenda nacional de prioridades de pesquisa em Saúde; Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir)

P É um sistema da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, de fiscalização de alimentos que possibilita o monitoramento, pela Internet, de 44 categorias de alimentos dispensados de registro por oferecerem pouco risco sanitário à população. Pelo banco de dados do Prodir, disponível no *site*, vigilâncias de estados e municípios, empresas e consumidores podem obter informações sobre produtos em comercialização, suas especificações, condições sanitárias, prazo de validade, etc. O Prodir desburocratiza o registro de produtos ao mesmo tempo em que é partilhada a responsabilidade pela colocação de alimentos adequados do ponto de vista sanitário no mercado.

 Agrotóxicos/análises de resíduos, Alimentos/registo, Cosméticos e produtos de beleza/registo, Farmacovigilância, Medicamentos/remédios, Mercado de medicamentos, Propaganda de medicamentos, Rotulagem nutricional, Saneantes/produtos de limpeza, Tabaco/cigarro, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.

Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigi SUS)

 Vigi SUS/projeto.

Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS)

Projeto que pretende: ampliar o conhecimento do SUS por parte dos estudantes universitários, com o objetivo de construir um projeto profissional comprometido com a consolidação do SUS; mobilizar gestores estaduais e municipais de Saúde para participar de discussões e práticas de educação permanente em Saúde por meio da interação entre estudantes e gestores; apoiar a construção do protagonismo estudantil no seu projeto de formação profissional. O público-alvo é composto por estudantes de graduação de todas as profissões que trabalham com a Saúde. Os municípios são os parceiros diretos do Ministério da Saúde e das organizações estudantis na montagem das vivências e estágios. Em 2004, oitenta municípios de todas as regiões do País receberam 1.600 estudantes para conhecimento e vivência do sistema de Saúde.

 Cada município pode propor a sua inclusão nesta iniciativa e participar ativamente da construção das experiências, que devem ser pactuadas entre o município, o Ministério e o movimento estudantil.

 Política de Educação Permanente em Saúde, Aprender SUS.

Projeto Fortalecimento Institucional dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs)

Projeto desenvolvido pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), do Ministério da Saúde, com o objetivo de promover o fortalecimento do sistema de apreciação ética das pesquisas envolvendo seres humanos, por meio do fomento à implementação de infra-estrutura e capacitação de recursos humanos dos Comitês de Ética em Pesquisa.

 Agenda nacional de prioridades de pesquisa em Saúde; Pesquisa em Saúde; Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;

Pesquisa envolvendo seres humanos; Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde.

 <http://www.saude.gov.br/sctie/decit>

Promoção da Saúde

É uma das estratégias de produção de Saúde, um modo de pensar e de operar que, articulado às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em Saúde. “Produzir saúde através da perspectiva da promoção da Saúde significa comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia, crescente capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sócio-político-econômico-cultural, enfim pela vida”. (Caponi, 2003). A Saúde definida como produção social de determinação múltipla, exigindo uma estratégia que implica participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção (usuários, movimentos sociais, profissionais da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores), na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. A promoção da Saúde coloca a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas, no campo da Saúde, e, mais ainda, no campo das políticas públicas, faça-se através da construção e da gestão compartilhada. Promover Saúde é, portanto, ampliar o entendimento do processo saúde/doecimento, de modo que se ultrapasse a tensão que coloca indivíduo e coletivo em antagonismo, através da conjugação clínica e política, atenção e gestão. Na perspectiva da promoção da Saúde, a gestão sanitária envolve, fundamentalmente, o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da política, da atenção e da gestão, ratificando esses planos de atuação como indissociáveis.

 Acolhimento aos usuários, Atenção à Saúde, Gestão participativa, Humaniza SUS.

Propaganda de medicamentos

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, é responsável pelo monitoramento da propaganda de medicamentos no País. Desde o ano de 2000, com a edição da Resolução RDC nº 102, foram definidos critérios distintos para a propaganda de medicamento de venda livre e controlados, além de proibir frases e imagens que induzam ao consumo de medicamentos.

 **Cosméticos e produtos de beleza/registro, Farmacovigilância, Inspeção em vigilância sanitária, Medicamentos/remédios, Mercado de medicamentos, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.**

Protocolo de pesquisa

É uma descrição detalhada de como e por que a pesquisa será conduzida. Nele devem figurar informações como experiência do pesquisador, a situação atual das pesquisas no campo, objetivos do estudo e/ou perguntas que o estudo busca responder. Devem figurar também o desenho do experimento (material e métodos empregados, critérios de inclusão de voluntários etc.), número de voluntários e os métodos de análise que serão usados. A duração do estudo e os meios a serem empregados para detectar efeitos adversos são alguns itens que devem compor um documento dessa natureza. Um protocolo de pesquisa detalhado é o primeiro passo para um estudo bem-sucedido.

 **Pesquisa em Saúde.**



Quali SUS

Sigla para Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, que consiste em um conjunto de ações voltadas à melhoria da qualidade da assistência à Saúde prestada à população, objetivando maior resolubilidade, satisfação do usuário e legitimação da política de Saúde desenvolvida no Brasil. Seus objetivos específicos são oferecer assistência à Saúde de forma mais resolutiva, em todos os níveis da assistência para população; desenvolver no SUS práticas de Saúde seguras e éticas; desenvolver uma atenção à Saúde mais digna e humanizada; elevar a satisfação dos trabalhadores da saúde com o desempenho profissional assumindo maior responsabilidade com a organização e conseqüente adesão ao SUS; aumentar a capacidade de gestão dos estados e municípios; aumentar a satisfação dos usuários com SUS. Público alvo: toda a população usuária do SUS.

 A partir de diagnóstico elaborado pelo MS é realizada uma pactuação tripartite, onde são definidas, no âmbito do Quali SUS, as ações para a qualificação da rede assistencial e/ou do sistema de Saúde.

 Humaniza SUS.

 Telefone: (061) 315-3544.

Qualificação profissional das equipes

 Gestão do trabalho e da educação na Saúde; Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS SUS).

Quilombolas

 Comunidades quilombolas.



HOSPITAL MUNICIPAL

Raiva

Doença infecciosa aguda e fatal, causada por vírus que se alastra pelo sistema nervoso central e se multiplica nas glândulas de saliva, sendo dali eliminado. O contágio se dá pela saliva do animal infectado (cachorro, gato, morcego, raposa, coiote, gato-do-mato, jaritataca, guaxinim, macaco, entre outros), principalmente pela mordida, mas também pode ocorrer por arranhaduras ou lambeduras. Para diminuir o número de pessoas infectadas, o SUS reforçou o monitoramento da circulação do vírus da raiva e intensificou a vacinação anti-rábica canina nos municípios de maior risco, com a realização campanhas anuais de vacinação. É fundamental que os gestores municipais de Saúde promovam campanhas locais de vacinação da população e de animais domésticos.

 Vacinação, Vigilância sanitária.

Recursos financeiros/como gastar melhor?

O princípio administrativo para o qual mais se deve atentar é o da economicidade, que deve ser combinado com o da eficiência, eficácia e efetividade. Economicidade é gastar racionalmente os recursos, buscando sempre o menor preço. Eficiência é utilizar processos ágeis, que tragam soluções definitivas; eficácia é atingir objetivos e efetividade atender as necessidades da população ou clientela. O Ministério da Saúde (MS) oferece muitas informações úteis ao gestor, que vão desde o banco de preços até a disseminação de experiências inovadoras.

 O gestor municipal deve consultar o *site* do MS (www.saude.gov.br) e os *sites* de interesse que estão lá indicados. Também deve acionar as

gerências de projetos ou diretorias de programas relacionados com as ações e programas relacionados aos recursos transferidos pelo MS.

 Contabilidade pública/como realizar orçamento, Convênios federais de Saúde, Débitos/parcelamento, Financiamento do SUS, Financiamento municipal do SUS, Fundos de Saúde, Fundo Municipal de Saúde, Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Recursos financeiros/liberação

A transferência de recursos financeiros federais para os estados e municípios, em qualquer modalidade de financiamento do SUS, é processada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), com o apoio de sistemas operacionais que asseguram a agilidade necessária ao atendimento dos objetivos, associada à segurança e ao controle que o processo requer. Os sistemas do FNS estão interligados com o Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi), do Governo Federal, com a Imprensa Nacional e com os sistemas operacionais das instituições financeiras conveniadas, o que dá transparência e visibilidade às movimentações de recursos do SUS, em âmbito federal.



As contas bancárias para a movimentação dos recursos são abertas automaticamente pelo FNS, nos casos de transferência “fundo a fundo” e dos convênios em instituições financeiras conveniadas. Geralmente, as contas devem ser abertas em agências do Banco do Brasil, da Caixa Econômica Federal ou em outro banco oficial, a depender da preferência do gestor. Nos casos em que não houver, no município, agências desses bancos oficiais, a conta poderá ser aberta em instituição financeira que tenha sido submetida a processo de desestatização ou, ainda, na adquirente de seu controle acionário (Instrução Normativa STN/MF nº 6 de 2001). Se ainda não houver no município agência de nenhuma dessas instituições financeiras, poderá ser usada a agência bancária local disponível. Nesses dois últimos casos, a instituição bancária deverá celebrar convênio com o FNS para que isso seja permitido. Contato, nesse sentido, deve ser feito junto à diretoria financeira do FNS. Cumprida a determinação legal, o FNS encaminhará às assembleias legislativas, câmaras municipais e conselhos municipais de Saúde notificações de todos os repasses de recursos realizados para os respectivos estados, municípios e Distrito Federal, com vistas ao acompanhamento e controle dos mesmos. Além disso, as instituições financeiras encaminharão avisos dos

créditos aos titulares das respectivas contas, com discriminação das origens dos recursos. O FNS notificará as câmaras municipais sobre a liberação dos recursos financeiros para municípios no prazo de dois dias úteis, contados a partir da data da liberação dos recursos e informará sobre a assinatura de convênios. Procedimentos semelhantes podem ser aplicados pelo Fundo Estadual de Saúde (FES) em suas transferências aos municípios.

 Câmaras municipais/notificações sobre transferências financeiras e convênios, Convênios federais de Saúde, Financiamento do SUS, Programação pactuada e integrada (PPI).

 <http://www.fns.saude.gov.br>; Lei nº 9.452, de 20 de março de 1997; Instrução Normativa nº 1, de 15 de janeiro de 1997, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Recursos financeiros/transferências

As ações e serviços de Saúde são pactuadas entre a União, estados e municípios e, geralmente, realizadas pelo município. Excepcionalmente, podem ser realizadas pelo Estado e, mais excepcionalmente ainda, pela União. Para tanto, os planos de Saúde devem contemplar os recursos próprios e as necessárias transferências inter-governamentais, repassadas de forma regular e automática (inclusive “fundo a fundo”), mediante a celebração de convênios.

 Financiamento municipal do SUS, Fundo Municipal de Saúde, Fundo Nacional de Saúde (FNS), Fundos de Saúde, Programação pactuada e integrada (PPI), Recursos financeiros/como gastar melhor? Recursos financeiros/liberação, Vinculação de recursos.

Recursos humanos em Saúde

Neste item, é importante considerar que os trabalhadores e profissionais de saúde não são mais um recurso do SUS, mas autores e protagonistas da implantação do SUS. Saúde se faz com gente.

 Gestão do trabalho e da educação na Saúde; Mesa nacional de negociação permanente do SUS (MNNP SUS); Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS SUS); Política de Educação Permanente em Saúde; Pólos de educação permanente em Saúde.

Recursos vinculados

 Financiamento do SUS, Vinculação de recursos.

Rede hospitalar

 Atenção hospitalar.

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)

Estratégia para operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Nost), que define a estruturação de uma rede de serviços especializados em saúde do trabalhador, integrada por unidades denominadas Centros de referência em saúde do trabalhador (CRST ou Cerest), constituídas por meio de repasse de recursos federais. Foi regulamentada por meio de instruções normativas do Ministério da Saúde que definem as atribuições dos CRST ou Cerest. Até dezembro de 2004, foram habilitados 106 CRST ou Cerest em todo País.

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agravos à Saúde relacionados ao trabalho, Agrotóxico, Amianto (ou asbesto), Centro de referência em saúde do trabalhador (CRST ou Cerest), Doença relacionada ao trabalho, Lesões por esforços repetitivos (LER), Saúde do trabalhador, Silicose, Vigilância dos ambientes de trabalho.

 Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002, no CD-ROM encartado nesta publicação.

R

Redes de atenção

As ações e serviços de Saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em Saúde. O acesso à população ocorre preferencialmente pela Rede Básica de Saúde (atenção básica) e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do

porte e da demanda do(s) município(s). As principais redes de atenção que compõem a alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica através dos procedimentos de diálise; assistência ao paciente portador de oncologia, cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana; da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana; da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. As políticas em Saúde devem primar pela integração de todos os níveis de complexidade e pela intersetorialidade das ações e dos serviços prestados. Cabe à direção municipal do SUS a gestão da rede de serviços em seu território, além de estabelecer parcerias com municípios vizinhos a fim de garantir o atendimento necessário à sua população.

 Alta complexidade, Atenção básica à Saúde, Média complexidade, Descentralização, Intersetorialidade em Saúde, Regionalização.

Rede Sentinela

Projeto que integra uma rede de hospitais e outras instituições vinculadas à Saúde, em todos os estados brasileiros. O objetivo é contar com um sistema de notificação atualizado e integrado que sirva de base para a vigilância sanitária nos hospitais, rastreando e identificando problemas de desvio de qualidade em medicamentos, equipamentos e derivados de sangue. Nesses estabelecimentos é constituída uma gerência de risco que gera um fluxo de informações contínuas, atualizadas e qualificadas. O projeto representa um grande salto qualitativo para a vigilância sanitária, já que permite acesso a in-

R

formações que norteiam suas ações e que antes, geralmente, ficavam restritas aos hospitais, que não a notificavam.



O município poderá integrar a Rede Sentinela a partir de entendimentos com a Secretaria Estadual de Saúde.



Infecção hospitalar/controlada, Inspeção em vigilância sanitária, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.

Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica

Como parte da reforma psiquiátrica do SUS, está sendo conduzido o Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH), cujo objetivo principal é a redução contínua e programada de leitos em hospitais psiquiátricos, incluindo uma nova classificação desses hospitais, com incentivo financeiro pela redução e pela melhor qualidade da assistência. O programa faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, que visa à adoção de um modelo de atenção extra-hospitalar aos pacientes com transtornos mentais, buscando sua reinserção no convívio social.



Para que ocorra a redução de leitos prevista neste programa é necessária a pactuação entre gestores (municipais e estaduais) e prestadores de serviços, com a assinatura de um Termo de Compromisso e Ajustamento definindo as responsabilidades entre as partes.



Centros de atenção psicossocial (Caps), Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil, Geração de renda em saúde mental, Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Programa de Volta para Casa, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria, Saúde mental, Serviços residenciais terapêuticos.



Portarias nº 52 e nº 53, de 20 de janeiro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

R

Regionalização

Trata-se de uma forma de organização dos Sistemas de Saúde, com base territorial e populacional, adotada por muitos países na busca por uma distribui-

ção de serviços que promova equidade de acesso, qualidade, otimização dos recursos e racionalidade de gastos. A Constituição Federal brasileira e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) estabelecem a regionalização como um dos princípios que devem orientar a organização do SUS. A maior parte dos municípios brasileiros não tem condições de oferecer, em seus territórios, todos os serviços necessários a um atendimento resolutivo e integral à Saúde de seus cidadãos. Por outro lado, a concentração de certos serviços de maior complexidade em municípios-pólo gera ganhos em termos de economia de escala e qualidade. A regionalização constitui uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de Saúde, por meio da organização funcional do sistema, com definição das responsabilidades de cada município e dos fluxos de referência, para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional. Além dos aspectos relativos ao acesso, eficiência e efetividade, a regionalização fortalece o processo de descentralização, promovendo relações mais cooperativas e solidárias entre os gestores do SUS e qualificando a capacidade de gestão dos sistemas municipais de Saúde. A partir da Noas SUS 2001 e 2002, os municípios e estados construíram seus planos diretores de regionalização. Esse movimento encontra-se em franca construção e aperfeiçoamento, sendo considerado importante ponto de pauta nas discussões sobre o SUS em CIBs, Cosems, conselhos municipais, estaduais e nacional de Saúde e entre os três gestores na CIT. Na atualidade, o debate sobre regionalização vem sendo implementado sob a ótica do pacto de gestão e tem envolvido atores como o Conasems e o Conass. Tais debates estão apontando para a revalorização dos governos locais, resgatando o papel dos municípios nas definições e execução de ações em âmbito das suas próprias regiões, envolvendo os estados e o Ministério da Saúde, de forma cooperativa, na articulação e apoio para a construção das regiões de Saúde. É importante que o gestor da Saúde busque informações sobre o andamento do Pacto de Gestão e dos movimentos necessários para a regionalização em seu Estado, por meio do Cosems e das comissões intergestores bipartites (CIBs). Mas o aperfeiçoamento contínuo desses planos estaduais de regionalização e sua implementação efetiva dependem da mobilização dos gestores municipais, com o apoio dos gestores

R

estaduais e do Ministério da Saúde, para o fortalecimento da sua capacidade de gestão e cumprimento de suas responsabilidades sanitárias.

 **Descentralização, Responsabilização sanitária.**

 **Regionalização Solidária em <http://www.saude.gov.br/dad>**

Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos

Sistema de compras efetuadas pelo Ministério da Saúde (MS), na modalidade pregão, que, apoiado por ferramenta informatizada, possibilita a outros órgãos e instituições adquirirem os produtos sem a necessidade da realização de licitação, mediante adesão às Atas de Registro de Preços (resultado dos certames licitatórios).

 **Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename).**

 **<http://cgmdi@saude.gov.br>**

Regulação da atenção à Saúde

A regulação da atenção à Saúde tem por objeto atuar sobre a produção das ações diretas e finais de atenção à Saúde. Portanto, dirige-se a prestadores de serviços de Saúde, públicos e privados, compreendendo: contratação (relações pactuadas e formalizadas dos gestores com prestadores de serviços de Saúde); regulação do acesso à assistência (conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de Saúde e o acesso a esses); avaliação da atenção à Saúde (operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à Saúde e medir os graus de qualidade, humanização, resolubilidade, satisfação) e controle assistencial.

R

 1) Regularizar os contratos, fazendo deles pactos de compromissos entre gestores e prestadores, para a produção qualificada das ações de Saúde; 2) reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à Saúde, de forma a controlar a execução de todas as ações de Saúde, monitorando sua adequação assistencial, de qualidade e satisfação ao usuário, além do controle de seus aspectos contábeis financeiros; 3) implementar a regulação assistencial que viabiliza o acesso dos usuários aos serviços de

Saúde de forma a adequar os níveis tecnológicos exigidos de acordo com a complexidade de seu problema, para garantir respostas humanas, oportunas, eficientes e eficazes, incluindo a implantação de complexos reguladores, a depender da complexidade da rede sob sua gestão.

 Complexo regulador, Contratação de prestadores de serviços, Descentralização, Regulação estatal sobre o setor Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial.

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 da presente publicação – Contatos do SUS.

Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial

Conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de Saúde e o acesso a esses. Para responder às diretrizes do SUS, deve-se viabilizar o acesso do usuário aos serviços de Saúde de forma a adequar, à complexidade de seu problema, a gama de tecnologias exigidas para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz. Principais ações: 1) regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às Urgências; 2) controle dos leitos disponíveis e da agenda de consultas especializadas e de SADTs; 3) padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais; 4) estabelecimento de referência entre unidades de saúde, segundo fluxos e protocolos padronizados; 5) organização de fluxos de referência especializada intermunicipal; 6) controle e monitoração da utilização mais adequada aos níveis de complexidade; 7) subsídio ao redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão); 8) implantação de complexos reguladores.

 Implantar centrais de internação e de urgências, centrais de consultas e exames, serviços de transportes não urgentes de usuários, respaldado por protocolos de solicitação e autorizações, fluxos de referência e contra-referência, tudo integrado com os contratos, controle e avaliação, programação e regionalização. A gama das ações a serem implementadas dependerá do tamanho e da complexidade da rede de atenção sob gestão. Nem todos os municípios devem implantar complexos reguladores, mas todos devem organizar uma atenção básica resolutive, que faça solicitações padronizadas pelos

R

protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que o(s) estabelecimento(s) não esteja(m) localizado(s) em seus territórios (definições do PDR e da PPI). Nessas situações, os municípios desempenharão papéis de “autorizadores” e de “unidades solicitantes”, dentro de um complexo regulador, que estará localizado em seu município-pólo de referência.

 **Complexo regulador, Contratação de prestadores de serviços, Descentralização, Regulação da atenção à Saúde.**

 **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS**
– do MS, no Anexo 2 da presente publicação – Contatos do SUS.

Regulação estatal sobre o setor Saúde

R É a atuação do Estado sobre os rumos da produção de bens e serviços de Saúde, por meio de regulamentações e das ações que assegurem o cumprimento dessas, como fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. A regulação estatal é exercida sempre por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal), sendo uma das diversas funções que se atribui à gestão do SUS. Regulação, no entanto, não pode ser confundida com gestão. Cabe à gestão definir os rumos da produção de bens e serviços de Saúde, por meio da Política de Saúde e da implementação do correspondente projeto técnico-assistencial. À regulação compete fazer a vigilância do cumprimento das regulamentações que orientam a Política de Saúde. É uma função da gestão que contempla a atuação sobre os Sistemas de Saúde (Regulação sobre Sistemas), sobre a produção direta de ações de Saúde, nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) ambulatorial, hospitalar (regulação da atenção à Saúde) e sobre o acesso dos usuários à assistência nesses níveis (regulação do acesso ou regulação assistencial). A Regulação sobre sistemas comporta ações do gestor federal sobre estados, municípios e setor privado não-vinculado ao SUS, do gestor estadual sobre municípios e seus prestadores, do gestor municipal sobre os prestadores e a auto-regulação, em cada esfera de gestão. Compreende as seguintes ações: regulamentação geral, controle sobre sistemas, avaliação dos sistemas, regulação da atenção à Saúde, auditoria, ouvidoria, controle social, regulação da vigilância sanitária, ações

integradas com outras instâncias de controle público, regulação da Saúde complementar.

 - A partir de diretrizes políticas e em prol do bem comum, do direito à Saúde dos indivíduos e da coletividade que orientam uma regulação pública, implementar ações da regulação sobre sistemas que contenham as ações de regulação da atenção à Saúde, que por sua vez devem conter ações de regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial.

 Complexo regulador, Contratação de prestadores de serviços, Descentralização, Regulação da atenção à Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial.

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 desta publicação – Contatos SUS.

Regulamentação geral do SUS

É o processo de disciplinar as relações intergovernamentais para a gestão descentralizada do SUS, por meio, principalmente, das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB SUS), editadas pelo Ministério da Saúde, que, entre outros itens, regulamentam: atribuições específicas dos governos federal, estaduais e municipais no planejamento, programação da atenção à Saúde; pagamento, execução, controle, avaliação e auditoria de ações e serviços prestados; modalidades e critérios para o financiamento de ações e serviços e para mudanças no modelo de atenção; condições e requisitos técnico-operacionais exigidos dos estados e municípios para o recebimento das transferências financeiras federais previstas. É, portanto, o processo de formulação das normas e habilitação de estados e municípios, de acompanhamento e monitoramento das ações e serviços de Saúde e de articulação entre as comissões intergestoras e os conselhos de Saúde.

 Complexo regulador, Regulação da atenção à Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, Remuneração por serviços produzidos.

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 desta publicação – Contatos SUS.

Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename)

Relação que contempla medicamentos capazes, seguindo os critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de atender à maioria dos problemas de Saúde da população brasileira. Deve ser a base utilizada na elaboração das relações de medicamentos estaduais e municipais, de forma a instrumentalizar o processo de descentralização, além de orientar e direcionar a produção farmacêutica. Serve, também, de parâmetro para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabelecer as listas prioritárias no análise dos processos para concessão de registros de medicamentos genéricos para o desenvolvimento científico e tecnológico no País. Deve ser organizada em consonância com as doenças prevalentes e agravos à saúde mais relevantes, respeitadas as diferenças regionais do País. A Rename é editada pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE).

 Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos.



<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/essencial.htm>;

<http://www.opas.org.br/medicamentos>

Relatório de gestão

R A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece, em seu Artigo 4º, que os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de Saúde para serem recebidos pelos municípios, estados e Distrito Federal deverão ter por base o Plano de Saúde e o relatório de gestão. O Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, também se refere ao Plano de Saúde e ao relatório de gestão, quando faz alusão à distribuição de recursos segundo estimativas populacionais e ao acompanhamento da “conformidade da aplicação dos recursos transferidos”. O Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, no Artigo 3º, fixa que a análise de planos, programações e relatórios de gestão, entre outros, permitirá o cumprimento das atividades de avaliação, controle e auditoria e, no Artigo 6º, o relatório de gestão é destacado como meio de comprovação, para o Ministério da Saúde, da aplicação de recursos transferidos aos estados e aos

municípios. Na Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS), de janeiro de 1996, o Plano de Saúde e o relatório de gestão integram o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para a habilitação em uma das condições de gestão. Esses documentos - Plano de Saúde e relatório de gestão - devem estar devidamente aprovados pelos respectivos conselhos de Saúde. Ainda na NOB SUS de 1996, planos e relatórios estão referidos na definição do papel dos gestores estadual e federal e nos tópicos atinentes ao financiamento das ações e serviços, à avaliação, controle e auditoria.



Mediante o relatório de gestão, associado à supervisão e a coordenação, se traduz o resultado de uma administração por um determinado período de tempo e se refere ao desenvolvimento da programação estabelecida previamente. Deve ser produzido periodicamente no intervalo de tempo o mais próximo possível daquele previsto para que possa servir de elemento norteador dos ajustes para o próximo período de desenvolvimento de ações. O relatório, em linhas gerais, deve mostrar as realizações, os resultados ou os produtos obtidos em função das metas programadas; deve identificar e valorar a mudança e o impacto alcançado em função dos objetivos estabelecidos; deve, também, assinalar o grau de eficiência, eficácia e efetividade alcançada pela estrutura e organização, em função dos recursos aplicados e dos resultados obtidos; e, mais ainda, produzir subsídios para a tomada de decisões relativas aos rumos do processo desencadeado e à prática vivida. Comporta uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento, em que são assinalados os avanços conseguidos ou os obstáculos que dificultaram o trabalho. Deve, também, fazer referência às iniciativas ou medidas decorrentes e apresentar as recomendações julgadas necessárias. Em linhas gerais integra o relatório: a programação e execução física e financeira do orçamento; a comprovação dos resultados alcançados pela execução do Plano de Saúde; a demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor Saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS; os documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do Sistema. O relatório de gestão deve ser validado pela comunidade, mediante aprovação no âmbito do Conselho de Saúde.

 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Orçamento público, Planejamento em Saúde, Plano de Saúde, Plano Plurianual (PPA), Programação pactuada e integrada (PPI).

Remuneração por serviços produzidos

É a remuneração direta aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS (hospitais, ambulatorios, clínicas e profissionais), conforme programação e aprovação do gestor e segundo os valores fixados em tabelas de procedimentos, editados pela Secretária de Atenção a Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS). Destina-se ao pagamento do faturamento hospitalar registrado no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e da produção ambulatorial registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), contemplando ações de assistência de média e alta complexidade, de acordo com a programação aprovada pelas Comissões Intergestoras, observados os valores fixados em tabelas de procedimentos do SIA e do SIH e os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios.

 Os estados e municípios habilitados em gestão plena recebem os recursos para realização do pagamento aos prestadores de serviço. Caso não esteja habilitado, o pagamento será efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), diretamente ao prestador de serviço.

 Contratação de prestadores de serviços, Financiamento do SUS, Fundo Nacional de Saúde (FNS), Gestão plena do sistema municipal, Teto financeiro da assistência do estado (TFAE), Teto financeiro da assistência do município (TFAM).

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 desta publicação – Contatos SUS.

Repasses “fundo a fundo”

 Financiamento do SUS.

R

Residência integrada em Saúde

Modalidade de residência que integra, além do conhecimento da especialidade ou área de atuação em Saúde, os saberes e práticas de: gestão de sistemas e serviços de Saúde, apoio matricial, atuação em equipe, avaliação, controle social, educação em Saúde, produção de conhecimento, interpretação epi-

demiológica, demográfica e de redes sociais na compreensão do processo saúde-doença e do processo terapêutico do cuidado progressivo em Saúde. A residência integrada em Saúde não é necessariamente uma modalidade multiprofissional, optando-se por essa condição sempre que possível.

 Um dos objetivos é aproximar a especialização em serviço da realidade do SUS, portanto deseja-se a proposição em parceria dos gestores com os formadores de novos programas. Esta proposição conjunta visa desenvolver capacidade de formação nos locais, tendo em vista atrair e fixar profissionais, qualificando a atenção simultaneamente.

 Certificação dos hospitais de ensino, Política de Educação Permanente em Saúde.

Residências terapêuticas

 Saúde mental.

Resíduos sólidos (lixo)/manejo urbano

O sistema de manejo de resíduos sólidos urbanos abrange o conjunto das obras, instalações, serviços, dispositivos normativos e outros voltados para sua coleta, transbordo, transporte, triagem, reaproveitamento, reuso, reciclagem, tratamento e disposição final. Envolve a varrição, limpeza, capina e poda de árvores em vias e logradouros públicos, além de eventuais serviços pertinentes à limpeza urbana. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) conceitua resíduos sólidos como: “Resíduos nos estados sólido e semi-sólido que resultam de atividades da comunidade, de origem: industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos, cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos de água, ou exijam para isso soluções técnicas e economicamente inviáveis, em face da melhor tecnologia disponível” (ABNT: NBR. 1004, 1993). O manejo inadequado dos resíduos sólidos gera problemas de ordem sanitária, ambiental, social e econômica.

R

Em termos sanitários, provoca doenças como diarreias infecciosas, amebíase, salmoneloses, helmintoses, leptospirose, dengue e outras que podem ter a transmissão associada ao manejo inadequado de resíduos sólidos urbanos.

 Esgotamento sanitário, Vigilância sanitária, Saneamento ambiental.

 <http://www.funasa.gov.br>; Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002; Portaria nº 106, de 4 de março de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Responsabilização sanitária

O gestor municipal de Saúde é responsável pela oferta de ações e serviços que promovam e projetam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes, no âmbito de seu município. Deve, ainda, participar do processo de pactuação, em âmbito regional. Existem dois níveis de responsabilização: a macrossanitária, que exige, no caso, execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal, destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da Saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde, planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de Saúde sob gestão municipal, e participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual; e a microssanitária, que é voltada aos aspectos próprios da população do município, como o estabelecimento de uma relação de compromisso entre os usuários e os operadores dos SUS.

 Atenção básica à Saúde, Atenção à Saúde, Gestão plena do sistema municipal, Regionalização.

R

Rotulagem nutricional

Em acordo com regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, as embalagens de todos os alimentos e bebidas industrializados vendidos no Brasil passaram a informar, obrigatoriamente e de forma padronizada, a partir de setembro de 2001, os valores nutricionais de seu conteúdo e a porção necessária para a dieta do consumi-

dor. São itens como valor calórico, carboidratos, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, colesterol, ferro, fibra alimentar, cálcio e sódio.

👁️ Agrotóxicos/análises de resíduos, Alimentos/registro, Cosméticos e produtos de beleza/registro, Inspeção em vigilância sanitária, Mercado de medicamentos, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Saneantes/ produtos de limpeza, Tabaco/cigarro, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.



Saúde da população indígena

Saneamento ambiental

Conjunto de ações que objetiva alcançar níveis crescentes de salubridade ambiental, compreendendo: o abastecimento de água, a coleta, o tratamento e a disposição de esgotos e resíduos sólidos (lixo) e gasosos, além dos demais serviços de limpeza urbana, o manejo de águas pluviais urbanas (drenagem urbana), o controle ambiental de vetores e reservatórios de doenças, o saneamento domiciliar e a disciplina da ocupação e uso do solo em condições que maximizem a promoção e melhoria das condições de vida nos meios urbano e rural. O Brasil tem uma atuação histórica em saneamento, tendo, ao longo dos anos, contado com diversos programas e práticas voltadas ao desenvolvimento de ações de saneamento e promoção da integração entre Saúde e Saneamento. Esse papel foi reconhecido e respaldado na legislação brasileira vigente, como na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

 Abastecimento de água, Drenagem urbana/para controle da malária, Esgotamento sanitário, Resíduos sólidos (lixo)/manejo urbano.

Saneamento básico

As ações de saneamento básico são essenciais para a melhoria da qualidade de vida da população, como implantação de sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, melhorias sanitárias domiciliares e destinação adequada de resíduos sólidos (lixo). A promoção de saneamento básico tem ligação direta com a melhoria na saúde da população. Assim, cada município, em parceria com o estado e a União, é responsável por garantir este direito.

 A Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002 define procedimentos para celebração de convênios de natureza financeira pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), nos casos que especifica e implanta o sistema de convênios Siscon. A Portaria nº 106, de 4 de março de 2004, por sua vez, aprova os critérios e os procedimentos para aplicação de recursos financeiros (saneamento ambiental: saneamento básico, esgotamento sanitário, melhorias habitacionais para controle de Chagas e outros). Para cadastrar seu município, acessar o *site* <http://www.funasa.gov.br>, clique o *link* “Pleitos” e entre com os dados da prefeitura e sua solicitação.

 Abastecimento de água, Drenagem urbana/para controle da malária, Esgotamento sanitário, Resíduos sólidos (lixo)/manejo urbano.

 Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002; Portaria nº 106, de 4 de março de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Saneamento/melhorias básicas domiciliares e coletivas

Conjunto de ações do Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares, promovidas, prioritariamente, nos domicílios, e com eventuais ações coletivas de pequeno porte. Tem como objetivo atender às necessidades básicas de saneamento das famílias, por meio de instalações sanitárias mínimas, relacionadas ao uso da água e ao destino adequado dos esgotos no domicílio. Inclui a construção de módulos sanitários – banheiro, privada higiênica, tanque séptico, sumidouro (poço absorvente) – além de instalações de reservatório domiciliar de água, tanques de lavar roupa, lavatório, pias de cozinha, ligação à rede de distribuição de água, à rede coletora de esgoto, entre outras. São consideradas melhorias sanitárias coletivas de pequeno porte: banheiro público, poço chafariz, pequenos ramais condominiais, tanques sépticos coletivos, entre outras. O planejamento, a execução e a utilização das obras físicas e serviços deverão ser contemplando com amplo programa de educação em Saúde e mobilização social. Essas ações deverão ser precedidas de inquérito sanitário domiciliar e estudos epidemiológicos, de modo a evidenciar os riscos à saúde da população, relacionados às condições sanitárias das moradias, aos hábitos de higiene e à condição social da população alvos das intervenções. O conjunto de ações deve ainda ser planejado, executado e conduzido em

parceria com a comunidade, uma vez que as intervenções serão efetuadas em seus domicílios, devendo ser respeitados hábitos e cultura. O Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares surgiu com a necessidade de promover soluções individualizadas de saneamento em diversas situações, principalmente nas pequenas localidades e periferias das cidades.



A Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002 define procedimentos para celebração de convênios de natureza financeira pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), nos casos que especifica e implanta o sistema de convênios Siscon. A Portaria nº 106, de 4 de março de 2004, por sua vez, aprova os critérios e os procedimentos para aplicação de recursos financeiros (saneamento ambiental: saneamento básico, esgotamento sanitário, melhorias habitacionais para controle de Chagas e outros). Para cadastrar seu município, acessar o site <http://www.funasa.gov.br>, clique o link “Pleitos” e entre com os dados da prefeitura e sua solicitação.



Esgotamento sanitário, Participação social em Saúde, Saneamento ambiental.



Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002; Portaria nº 106, de 4 de março de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Saneantes/produtos de limpeza

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, é o órgão federal responsável pela concessão de registros dessa categoria de produto, que corresponde a produtos de limpeza e desinfecção.



Agrotóxicos/análises de resíduos, Alimentos/registro, Cosméticos e produtos de beleza/registro, Inspeção em vigilância sanitária, Medicamentos/remédios, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Propaganda de medicamentos, Tabaco/cigarro, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.

Saúde bucal



Brasil Sorridente/política.

Saúde/conceito

Direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a Saúde como “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 aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Artigo 196). A atual legislação brasileira amplia o conceito de Saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo, entre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e da saúde para a população.

 **Descentralização, Participação social em Saúde.**

 <http://www.saude.gov.br>

Saúde da criança

A organização da atenção à Saúde dirigida a esse segmento (que compreende crianças do nascimento ao décimo ano de vida) inclui o desenvolvimento de ações que atendem às necessidades específicas desse público.

 As diretrizes gerais que devem orientar a organização da atenção à Saúde da criança nos estados e municípios estão contidas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que busca sensibilizar gestores e profissionais para uma visão de Saúde continuada, integral e equânime, objetivando ainda reduzir os índices de mortalidade infantil no Brasil. As linhas de cuidado da atenção à Saúde à criança prevêem um amplo conjunto de ações, como as dirigidas à Saúde da mulher e ao recém-nascido (de baixo e alto risco), as que visam à prevenção de acidentes, maus-tratos, violência e trabalho infantil, e ainda a atenção à

saúde bucal e mental e à criança portadora de deficiência. Algumas das linhas de cuidado prioritárias são: 1) promoção do nascimento saudável; 2) acompanhamento do recém-nascido de risco; 3) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; 4) promoção do aleitamento materno e alimentação saudável – atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais; 5) abordagem das doenças respiratórias e infecciosas; 6) Vigilância à Saúde e Vigilância do Óbito. Inscrevem-se, assim, novas metas e iniciativas, como o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a implantação da Primeira Semana: Saúde Integral, a nova Caderneta da Criança, ampliada até os dez anos de idade, a promoção do aleitamento materno em unidades básicas, ampliação da rede de bancos de leite humano e a Proposta Nacional de Vigilância do Óbito Infantil.

 Atenção à Saúde, Saúde da mulher, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

 Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil no endereço <http://drt2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>

Saúde da Família

Estratégia prioritária adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para seu custeio.

 A estratégia Saúde da Família estrutura-se da seguinte forma: cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de Saúde). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) caracteriza-se como o elo entre a comunidade e a equipe, que se responsabiliza pela atenção básica em Saúde de uma área adscrita, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. A população adscrita deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vivem. Suas ações abrangem promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Os profissionais podem executar as ações na Unidade de Saúde

da Família e no domicílio dos usuários, quando necessário. É determinante para o bom resultado das ações, que as equipes de Saúde da Família atuem de forma articulada com os demais níveis de atenção do sistema de Saúde do município. A Saúde da Família é uma estratégia de eficiência comprovada, responsável pela redução da mortalidade infantil e de outros indicadores de melhoria da saúde da população brasileira.

 Atenção básica à Saúde, Responsabilização sanitária.

 Guia Prático do Programa Saúde da Família, na biblioteca virtual do MS, em <http://www.saúde.gov.br/bvs>

Saúde da mulher

As políticas do SUS voltadas à saúde da mulher têm por finalidade a responsabilização do sistema pela promoção da qualidade de vida da população feminina, estimulando esse segmento a ampliar seus conhecimentos sobre seus direitos, na área da Saúde, e conhecimentos sobre sexualidade e cuidados com o corpo. Desenvolvida sob coordenação da área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher contempla ações de promoção da Saúde, prevenção e tratamento dos principais agravos e problemas de saúde que afetam as mulheres, como o câncer de colo do útero, câncer de mama, gravidez de alto risco, violência contra a mulher, dentre outros. Em 2004, o MS lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cuja meta principal é reduzir em pelo menos 15% os índices de mortes de mulheres e de bebês com até 28 dias de vida, até o final de 2007. O MS tem uma série de ações na área da saúde da mulher, em parceria com outros departamentos e áreas técnicas, para realização de projetos especiais como Saúde da População Indígena (Funsa), DST/Aids, Saúde da Mulher Trabalhadora (SGTES e Área Técnica de Saúde do Trabalhador). Possui também parceria com outros ministérios para desenvolvimento de programas e projetos, como Saúde da Mulher Negra (Sepir), Violência contra a Mulher (Ministério da Mulher e Secretaria Nacional de Segurança Pública).



O gestor municipal já dispõe de uma série de ações pactuadas e garantidas com repasse de verbas, contempladas na Noa e em outros progra-

mas. Para aderir ao Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna, às ações de planejamento familiar e de prevenção da violência sexual e doméstica, ou ainda aos treinamentos considerados prioritários, os municípios devem entrar em contato com a área técnica do MS, pelo telefone (61) 315-2933 e solicitar informações sobre o apoio às suas propostas. Esse apoio poderá dar-se através de convênios, assessoria técnica, envio de materiais sobre saúde da mulher, apoio à pesquisa e seminários de formação.

 Saúde da criança.

Saúde da pessoa com deficiência

Objetiva a reabilitação da pessoa com deficiência em sua capacidade funcional, contribuindo para sua inclusão plena em todas as esferas da vida social, e ainda proteger a saúde desse segmento populacional, prevenindo agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Para o alcance deste propósito, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que orienta a definição de políticas locais e a readequação dos planos, projetos e atividades voltados à Saúde das pessoas com deficiência.

 O gestor municipal deve definir políticas e estratégias que garantam os direitos da pessoa com deficiência. São elas: promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; atenção integral à saúde das pessoas com deficiência; prevenção das deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento de serviços de atenção às pessoas com deficiência e capacitação de recursos humanos. Nesse contexto, é importante que os gestores implementem em seus territórios a Rede de Serviços em Reabilitação Física e a Rede de Serviços em Reabilitação Auditiva, assim como o atendimento específico às pessoas com deficiência na atenção básica. No âmbito da Saúde, é um direito das pessoas com deficiência o acesso a serviços de Saúde gerais e a serviços especializados, a órteses e próteses (tais como, aparelhos auditivos, cadeiras de rodas, bolsas de colostomia, óculos, próteses mamárias) e demais ajudas técnicas necessárias.

 Atenção à Saúde, Humaniza SUS.

 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, Portaria nº 185, de 5 de junho de 2001; Portaria nº 818, de 5 de junho de 2001; Portaria

nº 1.060, de 5 de junho de 2002; Portaria nº 587, de 7 de outubro de 2004 e nº 589, de 8 de outubro de 2004; Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Saúde da população idosa

Política que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento familiar, saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo dos idosos no Brasil (Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999). São diretrizes importantes para a atenção integral à Saúde do idoso: 1) promoção do envelhecimento saudável; 2) manutenção e reabilitação da capacidade funcional; 3) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. O envelhecimento saudável compreende ações que promovem modos de viver favoráveis à Saúde e à qualidade de vida, orientados pelo desenvolvimento de hábitos como: alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da auto-medicação. Promover o envelhecimento saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem. Além disso, garantir acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional. É importante qualificar os serviços de Saúde para trabalhar com aspectos específicos à saúde da pessoa idosa (como a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais, a avaliação da capacidade funcional etc). O sistema formal de atenção à Saúde precisa atuar como parceiro da rede de suporte social do idoso (sistema de apoio informal), auxiliando na otimização do suporte familiar e comunitário e fortalecendo a formação de vínculos de co-responsabilidade. Cabe, portanto, à gestão municipal da Saúde desenvolver ações que objetivem a construção de uma atenção integral à Saúde dos idosos em seu território. No âmbito municipal, é fundamental organizar as equipes de Saúde da Família e a atenção básica, incluindo a população idosa em suas

ações (por exemplo: atividades de grupo, promoção da saúde, hipertensão arterial e diabetes mellitus, sexualidade, DST/Aids). Seus profissionais devem estar sensibilizados e capacitados a identificar e atender às necessidades de Saúde dessa população.

 [Humaniza SUS, Promoção da Saúde, Saúde da criança, Saúde da mulher, Saúde de jovens e adolescentes.](#)

 [Estatuto do Idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003; Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, no CD-ROM encartado nesta publicação.](#)

Saúde da população indígena

Reconhecendo os direitos legais dos povos indígenas, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas e estabeleceu o Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas, no âmbito do SUS. O propósito dessa política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à Saúde, de acordo com os princípios do SUS, contemplando as diversidades sociais, culturais, geográficas, históricas e políticas dessa população. A principal diretriz dessa política é estabelecer, nos territórios indígenas, uma rede de serviços básicos de atenção à Saúde, organizada a partir de distritos sanitários especiais e pólos-base. Para o desenvolvimento das ações, são formadas parcerias com municípios, estados, universidades e organizações não-governamentais – inclusive as indígenas.

 [Distrito sanitário especial indígena, Pólos-base/saúde indígena.](#)

 [Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999; Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, no CD-ROM encartado nesta publicação.](#)

Saúde da população negra

A promoção da equidade na atenção à Saúde da população negra é uma meta do SUS, objetivando a inclusão social e a redução dos diferentes graus de vulnerabilidade a que estão expostos os afrodescendentes, segmento da população historicamente vitimada pela exclusão social. Estatísticas demonstram, por exemplo, que a taxa de mortalidade de mulheres negras de 10 a 49

anos, por complicações da gravidez, parto e puerpério, é 2,9 vezes maior que a apresentada por as mulheres brancas. Da mesma forma, as taxas de mortalidade de crianças e de homens negros são maiores do que as registradas entre os brancos. Um Termo de Compromisso firmado, em 2004, pelo Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Conass, Conasems e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) adota, entre outras medidas, a inclusão de práticas de promoção e de educação em Saúde da população negra nas rotinas de atenção a Saúde, garantindo acessibilidade em todos os níveis do SUS; a disseminação de conhecimentos e informações, de modo a capacitar os afrodescendentes a conhecerem seus riscos de adoecer e morrer, fortalecendo sua autonomia e atos de prevenção, além de promover mudanças de atitude dos profissionais da saúde, por meio de educação permanente, com ações adequadas para operarem no cenário de diversidade étnica da sociedade brasileira. O Ministério dispõe, ainda, do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, espaço em que governo e sociedade civil dialogam, planejam, monitoram e avaliam o cumprimento das diretrizes e metas específicas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde (PNS).



As ações em Saúde nos municípios devem também considerar a prestação de serviços especiais a camadas vulneráveis da população, como as populações negras, indígenas, idosa etc. As secretarias municipais de Saúde devem garantir universalidade e equidade no SUS, procurando a superar discriminações e preconceitos em todas as unidades de atendimento e esferas de gestão. Como estratégias importantes para isso podem ser consideradas: 1) a introdução do quesito cor (conforme critérios do IBGE) em todos os sistemas de informação, tornando a desagrega pela variável cor um instrumento importante de gestão, monitoramento e avaliação; 2) a capacitação e educação permanente de RH para o recorte étnico/racial na Saúde, pactuando a inclusão dos temas da Saúde da população negra e do impacto do racismo na produção e manutenção das desigualdades sociais nos cursos técnicos da área da Saúde, inclusive como atividade de humanização do SUS; 3) implementar o recorte étnico/racial em todos os programas, projetos, ações e atividades de atenção à Saúde, com definição de metas específicas para população negra; 4) incentivar a criação de câmaras ou comitês técnicos de Saúde da popula-

ção negra no Conselho Municipal de Saúde, assim como a representação dos movimentos sociais da população negra em comitês e comissões de morte materna, morte infantil, morte por causas violentas; 5) propiciar a diversidade racial nos cargos de direção e assessoramento dos serviços de Saúde; 6) utilizar o incentivo financeiro, conforme Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004, para fixação de profissionais em áreas com comunidades quilombolas, garantindo a cobertura da estratégia Saúde da Família, com adequação às especificidades e definição de referência e contra referência; 7) atentar para enquadramento do município na Portaria nº 106 de 04 de março de 2004 relativa a financiamento de projetos de saneamento em municípios com população menor que 30 mil habitantes, comunidades remanescentes de quilombos, assentamentos e reservas extrativistas.

 **Discriminação e preconceito, Saúde da mulher, Saúde da população indígena.**

 **Comitê Técnico de Saúde da População Negra,**
e-mail: ct.saudepopnegra@saude.gov.br; link Saúde da População Negra no menu por assuntos, do Portal da Saúde em <http://www.saude.gov.br>; Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Saúde de jovens e adolescentes

Para o atendimento à Saúde da população jovem, um conjunto de ações é realizado em parceria pelo Ministério da Saúde, estados e municípios atendendo ao exposto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens. Ela estabelece políticas de Saúde voltadas à promoção, à prevenção e à assistência aos adolescentes e jovens, na faixa etária de 10 a 24 anos, buscando sua responsabilização. Para uma atenção integral a esse segmento populacional, a política prioriza ações voltadas ao crescimento e desenvolvimento, à saúde sexual e saúde reprodutiva, à prevenção das violências e à participação juvenil nas políticas de Saúde, à organização de serviços de forma diferenciada e de acordo com as especificidades dessa população, para o desenvolvimento de ações integradas que possibilitem a redução dos principais agravos, como gravidez não-planejada, DST/Aids, uso abusivo de álcool e outras drogas, comportamentos de risco. A melhoria da

organização e do atendimento à Saúde nas unidades de internação e internação provisória para adolescentes em conflito com a lei, dentro dos princípios do SUS, foi normalizada pelas Portarias Interministeriais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes Privados de Liberdade nº 1.426 e nº 340, de 14 de julho de 2004.

 Doenças e agravos não-transmissíveis, Programa Nacional DST/Aids, Saúde da Família, Saúde da mulher, Saúde mental.

 <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1426re.htm>; <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-340.htm>;

Portaria Interministerial nº 1.426 e Portaria nº 340, de 14 de julho de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Saúde do trabalhador

Área específica da Saúde Pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à Saúde relacionados ao trabalho. Faz parte do direito universal à Saúde. A execução de suas ações é de competência do SUS, conforme dispõe a Constituição Federal (Artigo 200) e regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Artigo 6º), além de diversos dispositivos regulamentares estaduais e municipais. Em nível federal, foi regulamentada pela Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (Nost), disposta pela Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998 .

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agravos à Saúde relacionados ao trabalho, Agrotóxico, Amianto (ou asbesto), Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Cerest), Doença relacionada ao trabalho, Lesões por esforços repetitivos (LER), Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Silicose, Vigilância dos ambientes de trabalho.

 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998; Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998; Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999; Portaria nº 1.969, de 25 de outubro de 2001; Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002; Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004; Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Saúde mental

A prevalência de transtornos mentais é elevada na população brasileira e em geral, com peso relevante entre as principais causas de anos de vida saudável perdidos. O Brasil enfrenta o desafio de aumentar a acessibilidade e a qualificação da atenção em saúde mental de forma paralela e articulada com a transformação do modelo anterior, que se pautava pela internação em hospitais especializados. Por este novo modelo, preconizado pela reforma psiquiátrica, a atenção à saúde mental deve ter base comunitária e territorial, avançando na redução do número de leitos hospitalares e na expansão da rede de serviços de atenção diária. A desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, a defesa dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o combate ao estigma, o cuidado à saúde mental através de dispositivos extra-hospitalares e sua inclusão na atenção básica são algumas das diretrizes da política de saúde mental do SUS.

 Centros de atenção psicossocial (Caps), Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil, Geração de renda em saúde mental, Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Programa de Volta para Casa, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria, Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, Serviços residenciais terapêuticos.

 Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Saúde no sistema penitenciário

Política interministerial elaborada, pelos Ministérios da Saúde e Justiça, com a participação do Conass, Conasems, Conselho Nacional de Secretários de Estado de Justiça e Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária objetivando incluir, nas ações e serviços de Saúde do SUS, a população confinada em estabelecimentos prisionais. Considerando que o atual padrão de confinamento da maioria das unidades prisionais favorece uma série de fatores de risco à Saúde dessa população (superlotação, precárias condições de higiene, relações violentas, uso indiscriminado de drogas, etc), objetiva-se

incentivar a articulação entre as secretarias estaduais de Saúde e Justiça com as secretarias municipais de Saúde, de modo a proporcionar o atendimento integral à Saúde da população penitenciária no Brasil. Lançada em 2003, com a instauração do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, esta política prevê a organização das ações e serviços de atenção básica em unidades prisionais, além da referência aos demais níveis de atenção à Saúde (média e alta complexidade) pactuados nas comissões intergestores bipartites (CIBs), conforme preconizado pelo SUS. Para viabilizar sua execução, foi criado o Incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, pelo qual o Fundo Nacional de Saúde (FNS) repassará recursos aos fundos estaduais e/ou municipais de Saúde, de acordo com a pactuação celebrada, o número de equipes de saúde e o quantitativo de pessoas presas das unidades prisionais. As ações de atenção básica serão desenvolvidas por equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário), articuladas a redes assistenciais de Saúde. As equipes têm como atribuições fundamentais: planejamento das ações; Saúde; promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe. A gestão e gerência das ações e dos serviços de Saúde, constantes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, serão definidas mediante pactuação nas comissões intergestores bipartites (CIBs) em cada unidade federada e entre gestores estaduais de Saúde e de Justiça e gestores municipais de Saúde.

 **Atenção básica à Saúde, Discriminação e preconceito, Programa Nacional DST/Aids.**

 Portaria nº 1.777, de 11 de setembro de 2003, no CD-ROM encartado nesta publicação; Biblioteca Virtual dos Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; Biblioteca Física, através do código ID 058056 Tombo 10001019225, 10001019226; e-mail: spisonal@saude.gov.br

S

Saúde suplementar

Conjunto de instituições privadas que oferece serviços de atenção à Saúde sob a forma de pré ou pós-pagamento (isto é, planos e seguros de saúde). O setor de Saúde suplementar brasileiro reúne, em 2005, mais de 2 mil empresas

operadoras de planos de saúde. Essa rede prestadora de serviços de Saúde atende a mais de 37 milhões de beneficiários que utilizam planos privados de assistência à Saúde para realizar consultas, exames ou internações. A Lei nº 9.961 de 2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com atribuição de regular, normalizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantem a assistência suplementar à Saúde, em todo o território nacional. São finalidades institucionais da ANS: 1) promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à Saúde, pela regulação das operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores de serviço de Saúde e com os usuários; 2) contribuir para o desenvolvimento das ações de Saúde no País.

 Operadora de plano de assistência à Saúde, Plano privado de assistência à Saúde, Política de Qualificação da Saúde Suplementar.

 Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no CD-ROM encartado nesta publicação; Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Anexo 2 desta publicação – Contatos do SUS.

Segurança alimentar

Política pública realizada em bases sustentáveis que compreende intervenções na esfera da produção de alimentos; promoção ao acesso aos alimentos; promoção da educação alimentar e ao consumo sustentável e distribuição de alimentos em caráter suplementar ou emergencial dirigidos a grupos populacionais específicos. É direito de todo ser humano ter uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, baseada em práticas alimentares promotoras da Saúde, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais e nem mesmo o sistema alimentar futuro. Promover segurança alimentar e nutricional é, portanto, condição básica para garantir a saúde da população.

 Desenvolvimento sustentável, Saúde da população indígena, Saúde da população negra.

 <http://www.fomezero.gov.br>

Seguridade social

Compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à Saúde, à previdência e à assistência social”, segundo define a Constituição Federal, em seu artigo 194.

 **Desenvolvimento sustentável.**

Seguridade social/conceito

Política formada por ações na área da Previdência Social, Saúde e Assistência Social. Englobada nesse conceito, a Saúde é entendida como um direito de cidadania, que deve ser garantido através do conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade. Entre outros objetivos, a seguridade social deve ser organizada de forma universal e uniforme no atendimento e nos serviços prestados à população.

 **Controle social, Descentralização, Saúde/conceito.**

 **Constituição Federal, de 1988 (Art. 194).**

Seguridade social/orçamento

A seguridade social é financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e das contribuições sociais definidas no Artigo 195 da Constituição Federal. A proposta de orçamento da seguridade social é elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela Saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

 **Financiamento do SUS.**

 **Constituição Federal, de 1988 (Art. 195)**

Seminários de gestão participativa em Saúde

Eventos que objetivam mobilizar a participação da sociedade na formulação de políticas públicas em Saúde, estimulando a gestão em Saúde e aperfeiçoando o processo decisório participativo. Contribui, assim, para a reorganização do SUS, segundo as reais necessidades da população. Integram os seminários, os conselhos de Saúde, fóruns de conselhos regionais de Saúde, associação de prefeitos, conselho de secretários municipais de Saúde, conselhos estaduais de Saúde, entidades de profissionais de Saúde, entidades dos movimentos sociais e qualquer cidadão interessado.



Devem ser realizadas reuniões preparatórias envolvendo os atores sociais acima citados para a proposição e seleção dos temas que comporão o seminário, de acordo com a realidade sanitária local. Além da temática selecionada, devem ser apresentados: o panorama sanitário, a organização dos serviços de Saúde e os recursos financeiros disponíveis. Essa metodologia possibilita o entendimento e a visualização do que é comum a todos e a construção de uma rede de compromissos para a sustentação de uma agenda pública, com metas sociais em Saúde, que resultará em um Plano Municipal de Saúde (PMS), elaborado com ampla participação e compromisso da sociedade. Cada seminário realizado gera um Caderno Metropolitano da região, que visa à difusão das informações e resultados dos trabalhos realizados.



Atores sociais, Câmaras municipais/relacionamento, Co-gestão, Conselho Municipal de Saúde, Conselhos gestores de unidades de Saúde, Controle social, Intersetorialidade em Saúde, Participa SUS, Relatório de gestão.

Serviço civil profissional em Saúde (não-obrigatório)

Devido à grande concentração de profissionais de saúde, sobretudo universitário, nos grandes centros urbanos, havendo dificuldade para assegurar as presenças constantes de profissionais nas regiões periféricas, mais afastadas do acesso às áreas de serviços, de lazer e de comércio, ou em áreas com maior violência, a instituição do serviço civil profissional não-obrigatório é uma das estratégias com potencial de provocar impacto imediato, na disponibilidade de profissionais, de modo a assegurar acesso e continuidade da atenção à

Saúde para toda população brasileira. Justifica-se o serviço civil profissional pelas seguintes necessidades: garantir o acesso aos cuidados de Saúde à população das áreas com baixa densidade atenção à Saúde ou ausência dessa oferta; construir perfis profissionais sócio-institucionais adequados à diversidade demográfica, epidemiológica, sanitária, social e econômica do País; ampliar e qualificar a empregabilidade em Saúde nas áreas com baixa densidade ou ausência de ações e serviços do setor da Saúde e desenvolver capacidade local (áreas remotas) para implementação do Sistema de Saúde.

 O papel dos gestores municipais é o de participar dos acordos entre as três esferas de gestão para a definição dos locais a serem contemplados com a incorporação de profissionais em formação e para a implantação de condições para a viabilização do trabalho educativo.

 Política de Educação Permanente em Saúde.

Serviço de atendimento móvel de urgência (Samu)

É um serviço que procura chegar precocemente às pessoas acometidas por agravos de urgência de natureza clínica, cirúrgica, traumática e/ou psiquiátrica, que possam levar ao sofrimento, seqüelas e até mesmo à morte, acessado pelo número nacional gratuito de urgências médicas: 192. Os pedidos de socorro são acolhidos, avaliados e priorizados pela central de regulação médica de urgências, que funciona 24 horas, todos os dias. Dependendo do nível de prioridade da urgência, o médico regulador pode determinar que se desloque até o local do evento uma ambulância com médico e enfermeiro ou uma ambulância com profissional técnico de enfermagem. Quando necessário, acionam-se outros meios de socorro e, nos casos de menor gravidade, pode-se simplesmente orientar o solicitante a procurar por seus próprios meios uma unidade de saúde ou dar uma orientação e, ainda, colocar-se à disposição para nova avaliação, caso haja piora da queixa. O Samu foi escolhido como componente estratégico na implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências.

 Atenção às urgências.

 Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, no CD-ROM encartado nesta publicação; Samu, Manual Passo a Passo, em <http://www.saude.gov.br>

Serviços residenciais terapêuticos

São moradias assistidas, sediadas em casas localizadas na comunidade, que objetivam assegurar espaço de residência, convivência e cuidado à Saúde, respondendo às necessidades de pessoas portadoras de transtornos mentais, egressas ou não de internação em hospital psiquiátrico. Podem residir de uma até no máximo oito pessoas.

 O gestor municipal deve garantir o acompanhamento dessas pessoas na rede de Saúde local, podendo o acompanhamento ser realizado pela equipe do Centro de atendimento psicossocial (Caps), quando este existir na cidade/região, ou por profissional de unidade de saúde devidamente capacitado em saúde mental.

 Centros de atenção psicossocial (Caps), Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil, Geração de renda em saúde mental, Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Programa de Volta para Casa, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria, Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, Saúde mental.

 Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000; Portaria nº 2.068, de 24 de setembro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Silicose

Doença pulmonar fatal desencadeada pelo trabalho (pneumopatia ocupacional), caracterizada por insuficiência respiratória crônica, progressiva e irreversível, devido à exposição à sílica livre (dióxido de silício SiO₂). Não há tratamento para a silicose e seu diagnóstico é, muitas vezes, confundido com outras doenças, como a tuberculose.

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agravos à Saúde relacionados ao trabalho, Agrotóxico, Amianto (ou asbesto), Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Cerest), Doença relacionada ao trabalho, Lesões por esforços repetitivos (LER), Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Saúde do trabalhador, Vigilância dos ambientes de trabalho.

S



Sistema Nacional de Auditoria (SNA)

Tem a responsabilidade de exercer as atividades de auditoria e fiscalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a qualidade da atenção à Saúde e para a cidadania. Verifica a conformidade com os padrões estabelecidos ou detecta situações que exijam maior aprofundamento; avalia a estrutura dos processos aplicados e os resultados alcançados, de forma a aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade nos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial. É composto, em nível federal, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), órgão do Ministério da Saúde (MS), responsável pela avaliação das ações gerenciais e dos procedimentos relacionados à assistência ambulatorial e hospitalar, dos programas estratégicos, projetos, atividades ou segmentos destes, com a finalidade de emitir parecer sobre a promoção da assistência à Saúde ofertada à população, quanto ao aspecto da eficiência, eficácia e economicidade. Objetiva, também, constatar a regularidade das contas, da execução de contratos, acordos, convênios e a probidade na aplicação dos dinheiros públicos. Ao receber a demanda e/ou após avaliar a necessidade de realizar a ação, é gerada uma tarefa no Sistema de Auditoria (Sisaud), norteadando a atividade a ser desencadeada. Após este procedimento programa-se a ação, define o período de execução e designa a equipe responsável, cabendo a esta a emissão do correspondente relatório, que será o produto da análise e cruzamento de dados gerados pelos diversos sistemas de informações do MS e de outras fontes e da verificação in loco da realidade concreta. Cabe ao Denasus, além da realização de auditorias, fortalecer os componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, visando a unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de recursos humanos dos órgãos que compõem o SNA, através de mecanismos que busquem maior interação e troca de informações entre seus componentes, possibilitando um

diagnóstico mais preciso das necessidades de desenvolvimento e ações de capacitação de recursos humanos para a assunção das responsabilidades em cada nível de gestão.



O gestor municipal tem a responsabilidade de estruturar o componente local de auditoria, de acordo com a complexidade da sua rede de serviços. Deve buscar apoio técnico junto ao componente estadual e federal do SNA.



Gestão plena do sistema municipal, Recursos financeiros/liberação, Regulação da atenção à Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, Regulação estatal sobre o setor Saúde.



Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab)

Conjunto das redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes por agravos ou programas, de forma hierarquizada pelo grau de complexidade das análises relacionadas à vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária e assistência médica. Atualmente está constituído em: 1) Laboratórios de Referência Nacional (LRN): unidades de excelência técnica, altamente especializadas, com competência para assessorar os gestores nacionais na coordenação das sub-redes laboratoriais por meio da normatização e padronização de técnicas, capacitação de recursos humanos, realização de procedimentos de alta e média complexidade com vista à complementação diagnóstica e de controle de qualidade analítica dos laboratórios regionais e estaduais; 2) Laboratórios de Referência Regional (LRR): unidades com capacidade técnica diferenciada, com competência de assessorar o LRN e os gestores nacionais por meio da realização de exames de maior complexidade para sua área de abrangência, participando das atividades de capacitação de RH e de controle de qualidade analítica para os laboratórios estaduais; 3) Laboratórios de Referência Estadual (LRE): unidades das Secretarias Estaduais de Saúde, denominadas Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) que têm como competência coordenar as redes públicas de laboratórios, conveniadas e privada de seu estado. Tem como atribuições a

realização de exames para a Vigilância Epidemiológica, Ambiental em Saúde, Sanitária bem como exames de maior complexidade para diagnóstico e monitoramento de doenças e agravos de importância sanitária e complementação diagnóstica, Capacitação de RH, supervisão e controle de qualidade analítica dos laboratórios da rede estadual; 4) Laboratórios Locais (LL): são unidades integrantes da rede estadual ou municipal com diferentes competências. Suas atribuições variam com seu nível de complexidade podendo realizar desde exames básicos de patologia clínica à exames mais complexos necessários à vigilância epidemiológica, ambiental em Saúde e sanitária.



O Secretário Municipal de Saúde deve ter o diagnóstico de sua rede laboratorial, através das seguintes informações: 1) quantos e quais são os serviços próprios / contratados / conveniados; 2) quais os exames realizados para a vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária e patologia clínica; 3) quais são as referências laboratoriais; 4) se existe uma sistemática de avaliação de qualidade de rede laboratorial; 5) como funciona o fluxo de amostras e informações entre os laboratórios locais e suas referências; 6) quais as principais limitações para o bom funcionamento da rede laboratorial em seu município. Além disso, o gestor municipal deve elaborar um plano de trabalho para a rede laboratorial, contemplando o encaminhamento da solução dos problemas detectados, e em consonância às prioridades municipais.



Vigilância ambiental, Vigilância sanitária, Vigilância em Saúde.

Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SNNP SUS)

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações articuladas com os diversos órgãos e instituições de Saúde, Conass e Conasems, sindicatos, conselhos de Saúde e com a Mesa nacional de negociação permanente do SUS (MNNP SUS), visando à estimular, implementar e fortalecer o processo de negociação no setor Saúde em todo o País. A meta é que todos os estados e pelo menos as grandes cidades se mobilizem e instituem, em seus respectivos âmbitos, mesas de Negociação Permanente do SUS. A constituição do SNNP SUS é uma clara demonstração do MS em evidenciar uma política de governo que democratize as relações de trabalho e consolide o processo de negociação entre gestores e

trabalhadores, a fim de tratar de temas relevantes para a qualidade e eficácia dos serviços de Saúde à população e dar tratamento aos conflitos inerentes à relação de trabalho. Com a implantação do SNNP SUS será possível atingir a cerca de dois milhões e duzentos mil trabalhadores do SUS, que poderão atuar de forma mais comprometida nos seus locais de trabalho. Os atores envolvidos e que constituem esse sistema são os gestores públicos e privados, trabalhadores públicos e privados, da rede contratada e conveniada ao SUS. O SNNP SUS definirá metodologias participativas, de caráter permanente no âmbito do SUS, com vistas a promover avaliações, aprimoramentos e eficácia nos serviços de Saúde. Prevê as formas de resoluções de conflitos decorrentes das relações de trabalho, tendo em vistas as finalidades, princípios e diretrizes do SUS. Visa, ainda, a estimular e firmar compromissos entre gestores e trabalhadores que resultem na qualidade dos serviços de Saúde. Portanto, o SNNP SUS é estratégico para a consolidação de uma gestão democrática e participativa, no âmbito do SUS.

 **Mesa nacional de negociação permanente do SUS (MNNP SUS).**

 **Documento: Mesa nacional de negociação permanente em Saúde, no CD-Rom encartado nesta publicação.**

Sistema Nacional de Transplantes (SNT)

Com o objetivo de desenvolver o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano destinados a finalidades terapêuticas e de transplantes – praticas cirúrgicas incluídas, no âmbito do SUS, entre as que compõem a atenção de alta complexidade – o Ministério da Saúde organizou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que estabelece as Listas Únicas de Receptores e as Centrais Estaduais de Transplantes, normatizando a atividade. Além disso, o SNT gerencia todo o processo de doação/captação de órgãos em território nacional, em conjunto com as centrais estaduais de notificação, captação e distribuição de órgãos (CNCDOs). O SNT está ampliando sua capacidade gestora e reguladora para, em conjunto com os gestores municipais e estaduais, organizar a porta de acesso aos pacientes que necessitam de transplante, propondo novas exigências quanto à autorização para entrada em funcionamento de novas equipes e instituições. Entre

essas exigências, incluem-se os programas integrais de assistência às patologias que culminam com a necessidade de transplantes, de forma a organizar o processo desde a atenção básica até a alta complexidade. O controle e a avaliação da atividade, com monitoramento da eficiência dos prestadores, é atribuição do SNT que, juntamente com a Anvisa, tem atuado de forma conjunta para estabelecer parâmetros de qualidade em todas as etapas de doação/captação e transplante de órgãos e tecidos. O SNT também apresenta atividade de formação de recursos humanos (Cursos de Formação de Coordenadores Intra-hospitalares de Transplantes) e de educação continuada. É meta do SNT a regularização da capacitação dos coordenadores estaduais das CNCDOs, fornecendo preparo nas áreas de gestão e regulação de serviços de Saúde, além de conhecimentos específicos para a função.



A participação dos gestores locais pode ocorrer em quatro níveis, a saber:

- 1) sensibilização da comunidade em geral sobre a importância da doação de órgãos e tecidos em conjunto com a CNCDO estadual e SNT;
- 2) sensibilização da classe médica e paramédica quanto à necessidade de interface com a CNCDO estadual, nos casos de identificação de um possível doador de órgãos ou tecidos;
- 3) sensibilização e esclarecimento às instituições hospitalares, através de suas direções e mantenedoras, quanto ao importante papel social a ser desempenhado pela mesma no sentido de criar condições para que os casos de possíveis doadores de órgãos e tecidos sejam notificados à respectiva CNCDO;
- 4) participação juntamente com a CNCDO estadual no estabelecimento de pré-requisitos para o credenciamento de novos serviços, de acordo com a Noas e os planos diretores de regionalização organizados pelos estados, criando condições de referência à população para o correto diagnóstico das patologias e encaminhando aos serviços de transplante autorizados.

 Alta complexidade.

 Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997; Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997; no CD-ROM encartado nesta publicação, e no [site http://www.saude.gov.br/transplantes](http://www.saude.gov.br/transplantes)

S

Sujeitos sociais

 Atores sociais.



Tuberculose

Tabaco/cigarro

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, atua na fiscalização das propagandas de cigarro. Entre os avanços observados nos últimos anos estão: obrigatoriedade das imagens de alerta ao fumo nas embalagens do cigarro, proibição de merchandising em programas de TV, proibição de veiculação de propaganda na Internet e redução de aditivos em todos os produtos fumígenos comercializados no Brasil.

 Agrotóxicos/análises de resíduos, Alimentos/registo, Cosméticos e produtos de beleza/registo, Farmacovigilância, Inspeção em vigilância sanitária, Mercado de medicamentos, Programa Produtos Dispensados de Registo (Prodir), Rotulagem nutricional, Saneantes/produtos de limpeza, Termo de ajustes de metas (TAM), Vigilância sanitária.

Tabela de procedimentos do SUS

Conjunto de procedimentos utilizado para a remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares de prestadores contratados e conveniados ao SUS. São considerados “procedimentos do SUS” tanto atos isolados quanto conjunto de atos de atenção à Saúde, assim como medicamentos e outros insumos terapêuticos, além das órteses, próteses e os procedimentos administrativos. Os “procedimentos SUS” também têm sido usados como unidade de medida para cálculos de cobertura e para a programação da assistência, em especial no processo da programação pactuada e integrada (PPI) e sua definição dos tetos financeiros da assistência. A tabela de procedimentos SUS é constituída pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), e pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH),

cujas composições e definições de reajustes de valores são estabelecidas pela direção nacional do SUS, homologadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

 **Financiamento do SUS.**

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 desta publicação – Contatos do SUS.

Termo de ajustes de metas (TAM)

É o instrumento de planejamento para a descentralização das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária, construído de forma horizontal, orientado para a negociação e que estabelece compromissos entre as três instâncias do poder público. É, também, a base legal para as transferências “fundo-a-fundo” para os estados, Distrito Federal e, a partir de 2004, também para os municípios. A adesão de novos municípios ocorre através das negociações entre os gestores estaduais e municipais, com aprovação nas comissões intergestores bipartites (CIBs), homologada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Da programação aprovada e homologada poderão constar quaisquer atividades no campo da vigilância sanitária.

 **Agrotóxicos/análises de resíduos, Alimentos/registo, Cosméticos e produtos de beleza/registo, Farmacovigilância, Hospitais-sentinela, Infecção hospitalar/controle, Inspeção em vigilância sanitária, Medicamentos/remédios, Mercado de medicamentos, Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), Propaganda de medicamentos, Saneantes/produtos de limpeza, Vigilância sanitária.**

Território/territorialização

Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras. O município pode ser dividido em diversos territórios para a implementação das áreas de abrangências das equipes de unidades básicas e Saúde da Família. O território pode estar contido num único município ou se referir a um conjunto de municípios que guardam

identidades comuns e constituem, entre si, modos de integração social e de serviços numa perspectiva solidária. Territorialização é um conceito técnico que tem sido utilizado no âmbito da gestão da Saúde, consistindo na definição de territórios vivos com suas margens de responsabilização sanitária, quais sejam: áreas de abrangência de serviços, áreas de influência, etc.

 **Descentralização, Gestão participativa, Instâncias de pactuação, Participação social em Saúde, Planejamento em Saúde, Responsabilização sanitária.**

Teto financeiro da assistência do estado (TFAE)

É o montante de recursos financeiros destinado ao financiamento do conjunto das ações assistenciais de média e alta complexidade (MAC), sob a responsabilidade das secretarias estaduais de Saúde. Corresponde ao Teto financeiro da assistência (TFA) fixado pela programação pactuada e integrada (PPI), pactuado nas comissões intergestores bipartites (CIBs), homologado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e formalizado em portaria do Ministério da Saúde. Esses valores são transferidos regular e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Estadual de Saúde (FES), de acordo com as condições de gestão estabelecidas pela Noas de janeiro de 2002, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de municípios do estado – Piso de atenção básica (PAB) e Teto financeiro da assistência do município (TFAM).

 **Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), Financiamento do SUS, Gestão plena do sistema municipal, Programação pactuada e integrada (PPI), Teto financeiro da assistência do município (TFAM).**

 **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 desta publicação – Contatos do SUS.**

Teto financeiro da assistência do município (TFAM)

Montante de recursos financeiros que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais de média e alta complexidade (MAC), sob a

responsabilidade das secretarias municipais de Saúde. Corresponde ao teto financeiro da assistência (TFA), fixado pela programação pactuada e integrada (PPI), pactuado nas comissões intergestores bipartites (CIBs), homologado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e formalizado em portaria do Ministro da Saúde. Esses valores são transferidos regular e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), de acordo com as condições de gestão estabelecidas pela Norma Operacional Básica (NOB) SUS de 1996 ou Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) de janeiro de 2002.

 **Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), Financiamento do SUS, Gestão plena do sistema municipal, Programação pactuada e integrada (PPI), Teto financeiro da assistência do estado (TFAE).**

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 desta publicação – Contatos do SUS.

Teto financeiro da vigilância em Saúde (TFVS)

Destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações de vigilância em Saúde. Os recursos são repassados, em parcelas mensais, diretamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais de Saúde dos estados e municípios certificados para a gestão dessas ações, de acordo com valores pactuados no âmbito das Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs).

 **Financiamento do SUS, Planejamento em Saúde, Vigilância sanitária.**

 Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004; Portaria conjunta nº 8, de 29 de junho de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Trabalho/depreciação dos vínculos

 **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza SUS).**

T

Transferências “fundo a fundo”

 **Financiamento do SUS.**

Transferências regulares e automáticas

 Financiamento do SUS.

Transferências voluntárias

 Convênios federais de Saúde, Financiamento do SUS.

Transplantes de órgãos

 Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

Tratamento fora do domicílio (TFD)

Estabelece que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do 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. Os benefícios foram estabelecidos pela Portaria SAS nº 55 de março de 1999 e são concedidos quando todos os meios de tratamento existentes na origem estiverem esgotados ou ausentes e somente enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente. O financiamento consiste no fornecimento de passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirurgia, concedido exclusivamente a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS. Consiste também em ajuda de custo para alimentação e pernoite a pacientes e acompanhante (se este se fizer necessário), após a devida comprovação da necessidade, mediante análise sócio-econômica efetuada por assistente social vinculado à rede pública de Saúde ou ao setor de assistência social do município de origem do paciente. Não obstante a relevância desses procedimentos para garantir a todos os cidadãos do Estado o acesso universal aos serviços de Saúde, os gestores estadual e municipal devem realizar esforços a fim de ampliar a capacidade instalada dos serviços de Saúde locais visando a atender aos usuários o mais próximo possível de suas residências.



Cabe às secretarias de estado da Saúde (SEs) propor às respectivas comissões intergestores bipartites (CIBs) a estratégia de gestão, entendida como: definição de responsabilidades da SES e das secretarias municipais de Saúde (SMSs) para a autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região, além da definição dos recursos financeiros destinados ao TFD, cuja normatização é sistematizada no Manual Estadual de TFD, que o gestor municipal deve buscar junto à sua SES. A referência dos pacientes a serem atendidos pelo TFD deve ser explicitada na programação pactuada e integrada (PPI) de cada município. O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência (ou seja, no município onde o paciente será atendido), com horário e data definidos previamente. As despesas permitidas pelo TFD são as relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado. A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual que solicitará, se necessários, exames ou documentos que complementem as análises de cada caso. Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento para acompanhante apenas nos casos em que houver indicação médica esclarecendo o porquê da impossibilidade de o paciente se deslocar desacompanhado. Quando o paciente retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas, apenas passagens e ajuda de custo para alimentação (para ele e acompanhando, quando for o caso). Havendo óbito do usuário em TFD, a Secretaria de Saúde do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes. Ficam vedadas as autorizações de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no piso da atenção básica (PAB), assim como o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência, em deslocamentos menores do que 50 Km de distância ou realizados em regiões metropolitanas.

T

 Comissões intergestores bipartites (CIBs), Gestão plena do sistema municipal, Financiamento do SUS, Teto financeiro da assistência do estado (TFAE).

Tratamento intensivo/serviço

É o atendimento prestado a pacientes que requeiram tratamento contínuo, com atenção rigorosa e observação permanente, casos dos pacientes instáveis, portadores de condições clínicas potencialmente reversíveis. Desde 2003, o SUS vem trabalhando para a ampliação de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) nas três esferas da federação, com objetivo de garantir a equidade da assistência ambulatorial e hospitalar no Brasil. A ação faz parte da Política Nacional de Terapia Intensiva do SUS. O Ministério da Saúde está trabalhando em parceria com os demais gestores do SUS e profissionais da área, considerando quatro eixos estruturantes para a formulação da política específica deste setor: organização de rede regionalizada e hierarquizada de serviços; identificação da necessidade real de serviços na rede; qualificação dos serviços de terapia intensiva e semi-intensiva; financiamento. Os gestores devem observar o que está orientado na Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998, devendo acompanhar a documentação Resolução das CIBs concordando com o credenciamento dos leitos de UTI, bem como Declaração do gestor relativa ao teto financeiro.

 Saúde/conceito, Saúde suplementar.

 Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Tuberculose

Doença causada pelo bacilo de Koch e transmitida principalmente por via aérea, que pode atingir todos os órgãos do corpo, em especial os pulmões. Um paciente pulmonar não tratado pode, em um ano, infectar de dez a 15 pessoas. Uma vez iniciado o tratamento, o paciente normalmente pára de

T

transmitir a doença em no máximo 15 dias. O período de maior risco de se desenvolver a doença, após a infecção, se dá nos primeiros dois anos. Pessoas que vivem em condições de exclusão social e que apresentam desnutrição têm maior chance de também adoecer. São também consideradas populações de risco as que moram em presídios, manicômios, abrigos e asilos, bem como mendigos e trabalhadores que mantêm contatos próximos com doentes de tuberculose.

 Atenção básica à Saúde, Epidemia/control, Saúde da Família, Vigilância em Saúde.



Urgência e emergência



Unidades da atenção básica

Compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Devem ser uma prioridade na gestão do sistema, porque quando funcionam adequadamente a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde. Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes. Mas a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas unidades básicas de Saúde, deixando os ambulatorios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes. O Brasil registra, em janeiro de 2005, um total de 44.223 unidades básicas de Saúde. Elas podem variar em sua formatação, adequando-se às necessidades de cada região. Podem ser: 1) Unidade de Saúde da Família: unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes da estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde. Quando a equipe funcionar em unidade não específica deverá ser informado o serviço/classificação; 2) Posto de saúde: unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico; 3) Centro de saúde/unidade básica de saúde: unidade para realização de atendimentos de atenção básica

e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialistas nessas áreas. Pode ou não oferecer SADT e pronto atendimento 24 horas; 4) Unidade móvel fluvial: barco/navio, equipado, como unidade de saúde, contendo no mínimo um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico; 5) Unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico: veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente; 6) Unidade mista: unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à Saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista; 7) Ambulatórios de unidade hospitalar geral: o município deve garantir em seu orçamento recursos para a construção, ampliação e reforma das suas unidades. O MS destina, anualmente, via convênios (Fundo Nacional de Saúde), recursos que podem ser utilizados para esse fim.

 Atenção básica à Saúde, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões intergestores bipartites (CIBs), Gestão plena do sistema municipal, Financiamento do SUS, Teto financeiro da assistência do município (TFAM).

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – SAS – do MS, no Anexo 2 desta publicação – Contatos do SUS.

Universalidade da Saúde

É um dos princípios que orienta o SUS, previsto na Constituição Federal de 1988. Significa que o Sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.

 Equidade em Saúde, Descentralização, Integralidade, Municipalização.

 Constituição Federal, de 1988 (Art. 189º); Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Art. 7º), no CD-ROM encartado nesta publicação.

Urgência e emergência

 Atenção às urgências, Serviço de atendimento móvel de urgência (Samu).

Usuários/desconhecimento dos serviços

Uma dificuldade freqüentemente encontrada pelos gestores municipais é o desconhecimento dos usuários sobre o funcionamento do SUS, o que acarreta problemas diversos como: exigência de tratamentos e/ou medicamentos não-aprovado pela legislação vigente; busca de atendimento em níveis inadequados de complexidade (por exemplo, para um tratamento referente à atenção básica, busca-se atendimento em equipamentos de alta complexidade), acarretando aumento de filas e encarecimento de custos; exigência de exames diagnósticos de alto custo em casos desnecessários.

 Informar melhorar a população municipal é determinante no enfrentamento dessa dificuldade, o que pode ser feita por meio do uso dos veículos convencionais da imprensa (como televisões, rádios e jornais locais), ou de publicações dirigidas, feitas pelas próprias secretarias, como boletins, folhetos, jornais institucionais, jornais murais (uma opção de baixo custo e bons resultados), dentre outros.

 Filas nos serviços.



Vacinação

V-Z

Vacinação

Sistema de prevenção e tratamento de doenças, administrado por meio de vacinas e soros (imunobiológicos), distribuídos gratuitamente à população pelo Ministério da Saúde, mediante vacinação sistemática da população. São disponibilizadas gratuitamente nos postos da rede pública para vacinação de rotina, além de outras, ofertadas em centros de referência em imunobiológicos.



O atendimento à Saúde, no que diz respeito à vacinação, está dividido em Vacinação de Rotina e Vacinação de Campanha. A Vacinação de Campanha objetiva conter e erradicar doenças, tendo como alvo a saúde de uma camada da população ou um grupo específico (por exemplo, uma determinada faixa etária). Embora atinja os indivíduos, não é dirigida a pessoas, mas ao coletivo. A Vacinação de Rotina ocorre nas unidades de atendimento básico (sendo que o SUS deve oferecer todos subsídios) e se concentra uma lista definida de vacinas a serem medicadas conforme a idade do indivíduo. Entre outras, incluem-se as vacinas contra a gripe, poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, meningite, febre amarela, sarampo, rubéola, caxumba.



Epidemia/controlê.

VER-SUS



Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS).

Vigilância ambiental em Saúde (VAS)

Conjunto de ações e serviços que objetiva o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança em fatores determinantes e condicionantes

do meio ambiente, que possam interferir na saúde humana, no sentido de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e aos outros agravos à saúde. As prioridades que estão sendo pactuadas com as secretarias de estado da Saúde e secretarias municipais da Saúde das capitais, por meio da programação pactuada integrada de vigilância em Saúde (PPI-VS) e pelo Vigi SUS são a vigilância em Saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano, a vigilância em Saúde relacionada à qualidade do ar e a vigilância em Saúde relacionada a áreas de solos contaminados. Outras áreas compreendem a vigilância em Saúde relacionada a substâncias químicas, desastres e radiações não-ionizantes.

 Programação pactuada integrada de vigilância em Saúde (PPI-VS), Vigilância em Saúde, Vigi SUS/projeto.

Vigilância dos ambientes de trabalho

Conjunto de atividades desenvolvidas por serviços públicos de Saúde com a finalidade de controlar ou eliminar os riscos à Saúde existentes nos ambientes de trabalho. As definições para essas atividades estão definidas na Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998.

 Acidente de trabalho (tipo/típico), Agravos à Saúde relacionados ao trabalho, Agrotóxico, Amianto (ou asbesto), Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Cerest), Doença relacionada ao trabalho, Lesões por esforços repetitivos (LER), Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), Saúde do trabalhador, Silicose.

Vigilância em Saúde

A vigilância em Saúde abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em Saúde e a vigilância da situação de Saúde. A adoção do conceito de vigilância em Saúde procura simbolizar uma abordagem nova, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica.

 Epidemia/controle, Programação pactuada e integrada (PPI), Vacinação, Vigilância sanitária, Vigi SUS/projeto.

 Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Vigilância epidemiológica

 Vigilância em Saúde.

Vigilância sanitária

A vigilância sanitária é um conjunto de ações legais, técnicas, educacionais, de pesquisa e de fiscalização que exerce o controle sanitário de serviços e produtos para o consumo que apresentam potencial de risco à Saúde e ao meio ambiente, visando à proteção e à promoção da Saúde da população. O campo de atuação vigilância sanitária é amplo. Tem por responsabilidade o controle sanitário sobre medicamentos, alimentos e bebidas, saneantes, equipamentos e materiais médico-odonto-hospitalares, hemoterápicos, vacinas, sangue e hemoderivados, órgãos e tecidos humanos para uso em transplantes, radioisótopos e radiofármacos, cigarros, assim como produtos que envolvam riscos à Saúde, obtidos por engenharia genética. Exerce também o controle sanitário dos serviços de Saúde, portos, aeroportos e fronteiras, das instalações físicas e equipamentos, tecnologias, ambientes e processos envolvidos em todas as fases de produção desses bens e produtos e mais o controle da destinação de seus resíduos, do transporte e da distribuição dos produtos referidos. A vigilância sanitária é parte do Sistema Único de Saúde (SUS). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é a instância federal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e, como tal, formuladora de políticas e coordenadora desse subsistema do SUS. Em todos os estados brasileiros existem unidades específicas – coordenações, departamentos ou similares – que executam, implementam e orientam as ações de vigilância sanitária. O mesmo ocorre em muitos municípios brasileiros

 Agrotóxicos/análises de resíduos; Alimentos/registro; Cosméticos e produtos de beleza/registro; Farmacovigilância; Hospitais-sentinela; Infecção

hospitalar/control; Inspeção em vigilância sanitária; Medicamentos/remédios; Mercado de medicamentos; Portos, aeroportos e fronteiras; Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir); Propaganda de medicamentos; Rotulagem nutricional; Saneantes/produtos de limpeza; Tabaco/cigarro; Termo de ajustes de metas (TAM); Vigilância em Saúde.

Vigi SUS/projeto

O projeto Vigi SUS II visa a fortalecer as ações de vigilância de doenças no País. É financiado com recursos do Banco Mundial e do governo brasileiro. O projeto viabiliza a realização de análises de situação de saúde da população, a fim de subsidiar a implantação de políticas públicas para a redução de casos, mortes e fatores de risco das doenças e desigualdades em Saúde, além do subsistema nacional de vigilância das doenças e agravos não transmissíveis. Os campos de aplicação dos recursos serão: infra-estrutura, capacitação, desenvolvimento científico e tecnológico e programas de educação e comunicação em Saúde.



Descentralização, Vigilância em Saúde.



<http://www.saude.gov.br/sys>

Vinculação de recursos

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da Saúde Pública, foi editada a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a efetiva co-participação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no financiamento das ações e serviços públicos de Saúde. A Emenda estabelece percentuais mínimos das receitas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, a serem aplicados em ações e serviços públicos de Saúde. Os estados, o Distrito Federal e os municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que vão, desde a retenção das transferências do fundo de participação dos estados (FPE) e dos municí-

pios (FPM), até a intervenção da União no Estado, no Distrito Federal e nos municípios e/ou da União ou dos estados nos municípios, bem como a cassação de mandatos. A Emenda estabelece também que os recursos públicos destinados às ações e serviços de Saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos estados, Distrito Federal e municípios, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área de Saúde.

 Contabilidade pública/como realizar orçamento, Convênios federais de Saúde, Débitos/parcelamento, Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 (EC 29), Financiamento do SUS, Financiamento municipal do SUS, Fundo Municipal de Saúde, Fundo Nacional de Saúde (FNS), Fundos de Saúde, Recursos financeiros/como gastar melhor?, Recursos financeiros/liberação, Recursos financeiros/transfêrencia.

 Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, no CD-ROM encartado nesta publicação.

Vínculo precário de trabalho

O conceito de vínculo precário de trabalho abrange uma infinidade de situações oriundas das relações de trabalho, como por exemplo: baixos vencimentos ou salários, inadequadas condições de trabalho etc. No âmbito do SUS, a precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade existente, no que diz respeito à situação de obediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho. Assim, o trabalho precário é conceituado em relação à ilegalidade do vínculo; ou seja, é aquele que, muitas vezes, não oferece qualquer garantia de proteção social a quem o exerce ou que fere disposições constitucionais.

 Gestão do trabalho e da educação na Saúde; Mesa nacional de negociação permanente do SUS (MNNP SUS); Plano de carreira, cargos e salários do SUS.

Violência

É o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.

 Vigilância em Saúde

Zoonoses

São infecções ou doenças infecciosas transmissíveis, sob condições naturais, de homens a animais, e vice-versa. A higiene e cuidado com os animais domésticos, como pássaros, cães e gatos, são ações importantes para evitar a proliferação de zoonoses. A vacinação, anual, de cães e gatos é fundamental para o controle da raiva, uma importante zoonose transmitidas pela mordida, arranhão ou lambadura de animais contaminados.

 Controle de doenças/agrivos.

CONSULTA A TÓPICOS, POR ÁREAS AFINS

Atenção à Saúde

- Abastecimento de água, p. 19
- Acesso aos serviços, p. 20
- Acidente, p. 20
- Acidente de trabalho (tipo/típico), p. 20
- Acolhimento aos usuários, p. 21
- ACS, p. 22
- Agente Comunitário de Saúde (ACS), p. 24
- Agravos à Saúde, p. 24
- Agravos à Saúde relacionados ao trabalho, p. 25
- Agrotóxicos, p. 25
- Agrotóxicos/análises de resíduos, p. 26
- Aids/DST, p. 26
- Alimentos/registo, p. 26
- Alta complexidade, p. 27
- Amianto (ou asbesto), p. 28
- Análise de situação de Saúde, p. 29
- Anemia falciforme, p. 30
- Apoio matricial, p. 30
- Assistência farmacêutica, p. 31
- Assistência Farmacêutica Básica, p. 32
- Assistência hospitalar, p. 32
- Atenção à Saúde, p. 32
- Atenção às urgências, p. 33
- Atenção básica à Saúde, p. 35
- Atenção especializada, p. 36
- Atenção hospitalar, p. 37
- Atendimento pré-hospitalar, p. 37
- Brasil Sorridente/política, p. 43
- Cadeia de cuidado progressivo à Saúde (CCPS), p. 47
- Centrais farmacêuticas, p. 51
- Centro de referência em Saúde do trabalhador (CRST ou Cerest), p. 51
- Centros de atenção psicossocial (Caps), p. 52
- Comunidades quilombolas, p. 58
- Controle de doenças/agravos, p. 70
- Cosméticos e produtos de beleza/registo, p. 72
- Dengue/programa, p. 75
- Discriminação e preconceito, p. 78
- Dispensação/dispensário, p. 79
- Distrito sanitário especial indígena, p. 80
- Distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho (Dort), p. 80
- Doença de Chagas/melhoria das habitações, p. 80
- Doença relacionada ao trabalho, p. 81
- Doenças de notificação compulsória, p. 82
- Doença diarreica aguda (DDA), p. 82
- Doenças e agravos não-transmissíveis, p. 83
- Drenagem urbana/para controle da malária, p. 83
- Endemias, p. 89
- Epidemia/controle, p. 90
- Equipamentos especializados/dificuldade de acesso, p. 90
- Equipe de referência, p. 91
- Equipes profissionais, p. 91
- Esgotamento sanitário, p. 92
- Farmácia popular, p. 95
- Farmacovigilância, p. 96
- Fatores de risco, p. 96
- Febre amarela, p. 96
- Fenilcetonúria (PKU), p. 97
- Fibrose cística, p. 97
- Filas nos serviços, p. 98
- Fitoterapia e plantas medicinais, p. 100
- Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil, p. 105
- Genérico/medicamento, p. 111
- Geração de renda em saúde mental, p. 111
- Gripe, p. 114
- Hanseníase, p. 117
- Hantavirose, p. 117
- Hipotireoidismo congênito (HC), p. 118

Homeopatia, p. 118

Hospitais de ensino e pesquisa, p. 119

Hospitais de pequeno porte, p. 120

Hospitais filantrópicos, p. 121

Hospitais-sentinelas, p. 121

Humanização da atenção à Saúde, p. 122

Humaniza SUS, p. 122

Infeção hospitalar/controlada, p. 125

Influenza, p. 125

Inspeção em vigilância sanitária, p. 127

Inundações/plano de contingência, p. 130

Laboratórios de saúde pública, p. 133

Lesões por esforços repetitivos (LER), p. 134

Lixo, p. 136

Malária/programa, p. 139

Média complexidade, p. 140

Medicamento de referência, p. 141

Medicamento genérico, p. 141

Medicamentos essenciais, p. 142

Medicamentos excepcionais, p. 142

Medicamento similar, p. 143

Medicamentos/programas de distribuição, p. 143

Medicamentos/remédios, p. 144

Medicina antroposófica, p. 144

Medicina tradicional chinesa/acupuntura, p. 145

Mercado de medicamentos, p. 146

Modelos de atenção à Saúde, p. 147

Mortalidade infantil, p. 148

Notificação de receita médica, p. 151

Operadora de plano de assistência à Saúde, p. 152

Ouvidorias, p. 154

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, p. 157

Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, p. 165

Plano privado de assistência à Saúde, p. 166

Política de Qualificação da Saúde Suplementar, p. 168

Política de Saúde para a População do Campo, p. 169

Política Nacional de Atenção às Urgências, p. 170

Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, p. 171

Política Nacional de Humanização do SUS (Humaniza SUS), p. 171

Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC), p. 171

Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, p. 173

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, p. 174

Política Nacional de Saúde Mental, p. 174

Pólos-base/saúde indígena, p. 175

Portos, aeroportos e fronteiras, p. 175

Programa de Análises de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para), p. 178

Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares, p. 178

Programa de Volta para Casa, p. 178

Programa Farmácia Popular do Brasil, p. 179

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/Psiquiatria, p. 180

Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), p. 181

Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), p. 181

Programa Nacional de Controle de Infecção Hospitalar (PNCIH), p. 181

Programa Nacional de Imunizações (PNI), p. 182

Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), p. 182

Programa Nacional DST/Aids, p. 183

Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir), p. 184

Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigi SUS), p. 185

Promoção da Saúde, p. 186

Quali SUS, p. 189

Quilombolas, p. 189

Raiva, p. 191

Rede hospitalar, p. 194
Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), p. 194
Redes de atenção, p. 194
Rede Sentinela, p. 195
Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, p. 196
Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, p. 198
Relação nacional de medicamentos essenciais (Rename), p. 202
Residências terapêuticas, p. 205
Resíduos sólidos (lixo)/manejo urbano, p. 205
Rotulagem nutricional, p. 206
Saneamento ambiental, p. 209
Saneamento básico, p. 209
Saneamento/melhorias básicas domiciliares e coletivas, p. 210
Saneantes/produtos de limpeza, p. 211
Saúde bucal, p. 211
Saúde/conceito, p. 212
Saúde da criança, p. 212
Saúde da Família, p. 213
Saúde da mulher, p. 214
Saúde da pessoa com deficiência, p. 215
Saúde da população idosa, p. 216
Saúde da população indígena, p. 217
Saúde da população negra, p. 217
Saúde de jovens e adolescentes, p. 219
Saúde do trabalhador, p. 220
Saúde mental, p. 221
Saúde no sistema penitenciário, p. 221
Saúde suplementar, p. 222
Segurança alimentar, p. 223
Serviço de atendimento móvel de urgência (Samu), p. 226
Serviços residenciais terapêuticos, p. 227
Sílicose, p. 227
Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), p. 229

Sistema Nacional de Transplantes (SNT), p. 231
Sujeitos sociais, p. 232
Tabaco/cigarro, p. 235
Tabela de procedimentos do SUS, p. 235
Transplantes de órgãos, p. 239
Tratamento fora do domicílio (TFD), p. 239
Tratamento intensivo/serviço, p. 241
Tuberculose, p. 241
Unidades da atenção básica, p. 245
Urgência e emergência, p. 247
Vacinação, p. 249
Vigilância ambiental em Saúde (VAS), p. 249
Vigilância dos ambientes de trabalho, p. 250
Vigilância em Saúde, p. 250
Vigilância epidemiológica, p. 251
Vigilância sanitária, p. 251
Vigi SUS/projeto, p. 252
Violência, p. 254
Zoonoses, p. 254

Educação na Saúde

ACS, p. 22
Agente Comunitário de Saúde (ACS), p. 24
Aprender SUS, p. 30
Certificação dos hospitais de ensino, p. 53
Educação continuada, p. 87
Educação em Saúde, p. 88
Educação permanente em Saúde, p. 88
Educação popular em Saúde, p. 88
Educar SUS, p. 88
Facilitadores de educação permanente em Saúde, p. 95
Formação de agentes sociais, p. 101
Formação de facilitadores de educação permanente em Saúde, p. 102
Formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), p. 102

Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na Saúde, p. 103
Forti SUS, p. 104
Gestão do trabalho e da educação na Saúde, p. 111
Hospitais de ensino e pesquisa, p. 119
Política de Educação Permanente em Saúde, p. 166
Política de Gestão do Trabalho e Regulação Profissional no Âmbito do Mercosul e América Latina, p. 167
Pólos de educação permanente em Saúde, p. 174
Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, p. 178
Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), p. 185
Qualificação profissional das equipes, p. 189
Recursos humanos em Saúde, p. 193
Residência integrada em Saúde, p. 204
Serviço civil profissional em Saúde (não-obrigatório), p. 225
VER-SUS, p. 249

Financiamento da Saúde

Alocação de recursos, p. 27
Auditoria, p. 38
Câmaras municipais/notificações sobre transferências financeiras e convênios, p. 48
Contabilidade pública/como realizar orçamento, p. 67
Convênios federais de Saúde, p. 71
Débitos/parcelamento, p. 75
Diretrizes orçamentárias/legislação, p. 78
Economia da Saúde, p. 87
Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29), p. 89
Execução física e financeira/convênios, p. 93
Financiamento do SUS, p. 98
Financiamento municipal do SUS, p. 99

Fundo a fundo/recursos, p. 105
Fundo estadual de Saúde, p. 105
Fundo Municipal de Saúde, p. 105
Fundo Nacional de Saúde (FNS), p. 106
Fundos de Saúde, p. 108
Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), p. 133
Lei Orçamentária Anual (LOA), p. 134
Licitações, p. 135
Limite financeiro municipal, p. 136
Orçamento público, p. 153
Piso básico de vigilância sanitária (PBVS), p. 162
Piso de atenção básica (PAB), p. 162
Prestação de contas/convênios, p. 175
Recursos financeiros/como gastar melhor?, p. 191
Recursos financeiros/liberação, p. 192
Recursos financeiros/transferências, p. 193
Recursos vinculados, p. 194
Remuneração por serviços produzidos, p. 204
Repasses “fundo a fundo”, p. 204
Seguridade social/orçamento, p. 224
Teto financeiro da assistência do estado (TFAE), p. 237
Teto financeiro da assistência do município (TFAM), p. 237
Teto financeiro da vigilância em Saúde (TFVS), p. 238
Transferências “fundo a fundo”, p. 238
Transferências regulares e automáticas, p. 239
Transferências voluntárias, p. 239
Tratamento fora do domicílio (TFD), p. 239
Vinculação de recursos, p. 252

Gestão da Saúde

Análise do sistema municipal de Saúde, p. 29
Auditoria, p. 38
Avaliação de desempenho do SUS, p. 38
Banco de preços em Saúde (BPS), p. 41
Câmara de regulação do trabalho em Saúde, p. 47

Cartão nacional de Saúde–Cartão SUS, p. 49
Catálogo de materiais (Catmat), p. 50
Certificação dos hospitais de ensino, p. 53
Cobertura, p. 54
Co-gestão, p. 54
Comissão Intergestores Tripartite (CIT), p. 55
Comissões intergestores bipartites (CIBs), p. 55
Comitê Nacional Interinstitucional de Despreca-
rização do Trabalho no SUS, p. 56
Complexo regulador, p. 57
Conselho Municipal de Saúde, p. 60
Conselho Nacional de Secretários de Saúde
(Conass), p. 61
Conselho Nacional de Secretários Municipais de
Saúde (Conasems), p. 62
Consórcios intermunicipais de Saúde, p. 64
Contratação de prestadores de serviços, p. 68
Controle assistencial, p. 69
Descentralização, p. 76
Desenvolvimento sustentável, p. 77
Desprecariza SUS, p. 77
Eqüidade em Saúde, p. 90
Espaços colegiados de gestão, p. 92
Fortalecimento da gestão do trabalho e da educa-
ção na Saúde, p. 103
Gestão do trabalho e da educação na Saúde, p.
111
Gestão participativa, p. 113
Gestão plena do sistema municipal, p. 113
Gestor municipal/atribuições, p. 114
Incorporação tecnológica, p. 125
Informação gerencial, p. 127
Instâncias de pactuação, p. 128
Integração entre políticas (Saúde e outras), p. 128
Integralidade, p. 129
Intersetorialidade em Saúde, p. 129
Licitações, p. 135
Mesa nacional de negociação permanente do SUS
(MNNP SUS), p. 146
MNNP SUS, p. 147
Municipalização, p. 148
Negociações/habilidades necessárias, p. 151
PCCS SUS, p. 160
Planejamento em Saúde, p. 162
Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS
SUS), p. 163
Plano de Saúde, p. 164
Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário,
p. 165
Plano Plurianual (PPA), p. 165
Política de Gestão do Trabalho e Regulação
Profissional no Âmbito do Mercosul e América
Latina, p. 167
Política de Qualificação da Saúde Suplementar,
p. 168
Política Nacional de Atenção às Urgências, p. 170
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e
Inovação em Saúde, p. 171
Política Nacional de Humanização do SUS (Huma-
niza SUS), p. 171
Política Nacional de Medicina Natural e Práticas
Complementares (PMNPC), p. 171
Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, p.
173
Programação pactuada e integrada (PPI), p. 175
Programação pactuada integrada de vigilância em
Saúde (PPI–VS), p. 177
Programa Nacional de Desprecarização do
Trabalho no SUS (Desprecariza SUS), p. 181
Propaganda de medicamentos, p. 187
Recursos humanos em Saúde, p. 193
Regionalização, p. 196
Regulação da atenção à Saúde, p. 198
Regulação do acesso à assistência ou regulação
assistencial, p. 199
Regulação estatal sobre o setor Saúde, p. 200
Regulamentação geral do SUS, p. 201
Relatório de gestão, p. 202
Responsabilização sanitária, p. 206
Seguridade social, p. 224

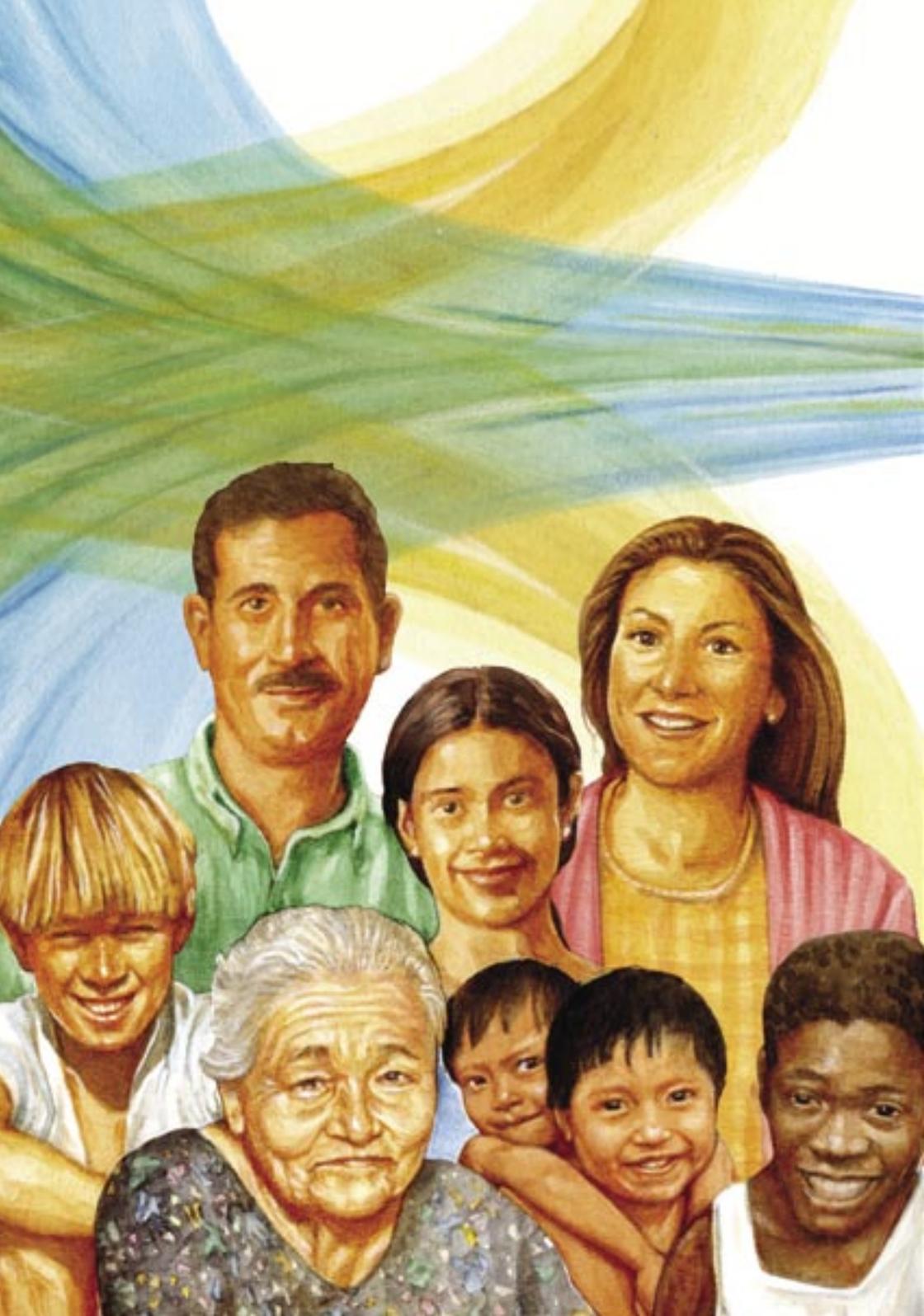
Seguridade social/conceito, p. 224
Sistema Nacional de Auditoria (SNA), p. 228
Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SNNP SUS), p. 230
Tabela de procedimentos do SUS, p. 235
Termo de ajustes de metas (TAM), p. 236
Território/territorialização, p. 236
Trabalho/depreciação dos vínculos, p. 238
Universalidade da Saúde, p. 246
Urgência e emergência, p. 247
Vínculo precário de trabalho, p. 253

Participação Social

Atores sociais, p. 38
Câmaras municipais/relacionamento, p. 48
Conferências de Saúde, p. 58
Conferências municipais de Saúde, p. 59
Conselho Municipal de Saúde, p. 60
Conselhos de Saúde, p. 63
Conselhos gestores de unidades de Saúde, p. 64
Controle social, p. 70
Direitos e deveres dos pacientes, p. 77
Gestão participativa, p. 113
Informação e comunicação em Saúde, p. 126
Intersetorialidade em Saúde, p. 130
Ouvidorias, p. 154
Participação social em Saúde, p. 158
Participa SUS, p. 159
Política da Secretaria de Gestão Participativa para o SUS (Participa SUS), p. 166
Seminários de gestão participativa em Saúde, p. 225
Sujeitos sociais, p. 232
Usuários/desconhecimento dos serviços, p. 247

Ciência e Tecnologia

Agências de fomento/ciência e tecnologia, p. 22
Agenda nacional de prioridades de pesquisa em Saúde, p. 23
Bioética, p. 42
Biotecnologia, p. 43
Fundos setoriais de pesquisa, p. 108
Guia eletrônico/pesquisas com seres humanos, p. 114
Incorporação tecnológica, p. 125
Laboratórios de saúde pública, p. 133
Pesquisa em Saúde, p. 160
Pesquisa em Saúde/fomento, p. 161
Pesquisa/desenvolvimento, p. 161
Pesquisa envolvendo seres humanos, p. 162
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, p. 171
Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde, p. 184
Projeto Fortalecimento Institucional dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), p. 185
Protocolo de pesquisa, p. 187
Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), p. 229



Anexos

Legislações e normatizações do SUS

Contatos do SUS

Sistemas de informação em Saúde e bancos de dados

Redes de cooperação, bibliotecas virtuais e observatórios

Agenda coletiva do SUS 2005

LEGISLAÇÕES E NORMATIZAÇÕES DO SUS

Constituição Federal, de 1988

Titulo VIII – DA ORDEM SOCIAL, Capítulo II – Seção II Da Saúde – Artigos 196; 197; 198 (Parágrafo único – EC 29); 200.

Emenda Constitucional nº 29

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.

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.

Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989

Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

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

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.

Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992

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

Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993

Regulamenta o Artigo 37, inciso XXI da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

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.

Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997

Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

Lei nº 9.452, de 20 de março de 1997

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

Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

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.

Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999

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.

Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999

Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002

Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

Lei nº 10.507, de 10 de junho de 2002

Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002

Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.

Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações.

Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994

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.

Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Decreto nº 2.268 de 30 de junho de 1997

Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências.

Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999

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 nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001

Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências.

Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003

Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do ministério da saúde, e dá outras providências.

Portaria nº 1.180, de 22 de julho de 1991

Cria a Comissão Técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de saúde, incluindo as questões de Gerenciamento e Financiamento do SUS.

Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993

Dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o Estado, o Distrito Federal e o município e pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde.

Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997

Estabelece o Piso da Atenção Básica (PAB) e sua composição.

Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997

Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998

Artigo 1º - Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, na forma do Anexo a esta Portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes.

Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998

Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI.

Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998

Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998

Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria.

Portaria nº 176, de 8 de março de 1999

Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos

Portaria nº 1.077, de 24 de agosto de 1999

Implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federais e estaduais do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos estados e do Distrito Federal.

Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999

Artigo 1º - Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria.

Portaria nº 1.348, de 18 de novembro de 1999

Define critérios para a regulamentação do incentivo a municípios que tenham projetos similares ao Programa de Saúde da Família.

Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999

Artigo 1º - Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000

Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000

Cria o Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, a atividade profissional Cuidador em Saúde, o grupo de procedimentos Acompanhamento de Pacientes, o subgrupo Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos e o procedimento Residência Terapêutica em Saúde Mental, dentre outros.

Portaria nº 16, de 14 de dezembro de 2000

Estabelece o elenco mínimo e obrigatório de medicamentos para pactuação na Atenção Básica, referente ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, de que tratam as Portarias GM nº 176/99 e 956/00.

Portaria nº 17, de 4 de janeiro de 2001

Institui o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde e regulamenta sua implantação.

Portaria nº 132, de 31 de janeiro de 2001

Institui o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC

Portaria nº 145, de 31 de janeiro 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.

Portaria nº 267, de 6 de março de 2001

Artigo 1º - Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).

Portaria nº 343, de 21 de março de 2001

Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao Programa Saúde da Família, destinado aos municípios participantes.

Portaria nº 393, de 29 de março de 2001

Artigo 1º - Aprova, nos termos do Anexo I, a Agenda Nacional de Saúde para o ano de 2001.

Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001

Aprova o documento de 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.

Portaria nº 185, de 5 de junho de 2001

Artigo 1º - Altera a descrição dos serviços de códigos 18 e 05 constantes da Tabela de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS.

Portaria nº 818, de 5 de junho de 2001

Artigo 1º - Cria, na forma do disposto nesta Portaria, mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.

Portaria nº 1.969, de 25 de outubro de 2001

Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho.

Portaria nº 2.167, de 21 de novembro de 2001

Define os critérios para suspensão da transferência dos recursos financeiros ao PSF e à saúde bucal.

Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002

Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002

Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.

Portaria nº 189, de 20 de março de 2002

Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os procedimentos de acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial.

Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002

Artigo 1º - Aprova, 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.

Portaria nº 1.020, de 31 de maio de 2002

Artigo 1º - Define a Programação Pactuada e Integrada (PPI) 2002.

Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002

Artigo 1º - Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

Portaria nº 1.350, de 24 de julho de 2002

Institui o incentivo financeiro adicional vinculado ao PSF e ao PACS e dá outras providências.

Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002

Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.

Portaria nº 1.751, de 2 de outubro de 2002

Dispõe sobre parcelamento de débito e dá outras providências.

Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002

Define procedimentos para celebração de convênios de natureza financeira pela Fundação Nacional de Saúde, nos casos que especifica, implanta o Sistema de Convênios (Siscon) e dá outras providências.

Portaria nº 2.047, de 5 de novembro de 2002

Artigo 1º - Aprova, na forma do Anexo a esta Portaria, as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

Portaria nº 396 de 4 de abril de 2003

Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências.

Portaria nº 673, de 3 de junho de 2003

Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica (PAB).

Portaria nº 1.777, de 9 de setembro de 2003

Artigo 1º - Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do Anexo I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003

Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003

Institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.

Portaria nº 2.077 de 31 de outubro de 2003

Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º.

Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003

Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS e dá outras providências.

Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.

Ato Portaria nº 53, de 20 de janeiro de 2004

Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências.

Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004

Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa Saúde da Família; inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências.

Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004

Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

Portaria nº 106, de 4 de março de 2004

Aprova os critérios e os procedimentos básicos para aplicação de recursos financeiros.

Portaria nº 626, de 8 de abril de 2004

Cria Comissão Especial para elaborar as diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do âmbito do SUS.

Portaria nº 719, de 16 de abril de 2004

Cria o Grupo da Terra com a finalidade de acompanhar a implantação da Política de Saúde para a População do Campo e detalhar as ações a serem implementadas; monitorar os acordos das pautas de reivindicações negociadas com os movimentos sociais organizados no campo; encaminhar demandas junto às respectivas secretarias e órgãos e, participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde da população do campo.

Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004

Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.

Portaria nº 827, de 5 de maio de 2004

Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências.

Portaria nº 1.044, de 1º de junho de 2004

Artigo 1º - Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade.

Portaria nº 1.172, de 15 de junho 2004

Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância em saúde; define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Revoga as portarias nº 1.399/GM e nº 1.147/GM.

Portaria conjunta nº 8, de 29 de junho de 2004

Publicada em conjunto pelas Secretarias Executiva e de Vigilância em Saúde, define, na forma do Anexo I, os valores anuais *per capita* e por quilômetro quadrado relativos aos recursos federais destinados à composição do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS), de cada um dos estratos previstos no Artigo 15, da Portaria GM/MS nº 1172/04; garante a correção anual, em função do aumento da população, do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, o que não estava garantido na Portaria anterior (950/99).

Portaria nº 340, de 14 de julho de 2004

Artigo 1º - Aprova, na forma dos Anexos I, II, III e IV desta Portaria, as normas para a implantação e implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, a padronização física do estabelecimento de Saúde nas unidades de internação e internação provisória, o plano operativo estadual de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação e internação provisória e o Termo de Adesão.

Portaria interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004

Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória e dá outras providências.

Portaria nº 1.432, de 14 de julho 2004

Inclui, na base de cálculo do valor do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, a população assentada entre os anos 2000 e 2003 e dá outras providências.

Portaria nº 1.434, de 14 de julho 2004

Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família e dá outras providências.

Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004

Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Portaria nº 1.571, de 29 de julho de 2004

Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO.

Portaria nº 1.572, de 29 de julho de 2004

Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD.

Portaria nº 1.608, de 3 de agosto de 2004

Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004

Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências.

Portaria nº 1.703, de 17 de agosto de 2004

Destina recurso de incentivo à contratualização de hospitais de ensino públicos e privados, e dá outras providências.

Portaria nº 1.829, de 2 de setembro de 2004

Define novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para os projetos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Portaria nº 1.935, de 16 de setembro de 2004

Destina incentivo financeiro antecipado para centros de atenção psicossocial em fase de implantação e dá outras providências

Portaria nº 2.023, de 23 de setembro de 2004

Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde, na organização e na execução das ações de atenção básica e dá outras providências.

Portaria nº 2.024, de 23 de setembro de 2004

Fixa por habitante, ao ano, o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) e o valor máximo, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal.

Portaria nº 2.068, de 24 de setembro de 2004

Destina incentivo financeiro para os Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.

Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004

Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.

Portaria nº 587, de 7 de outubro de 2004

Artigo 1º - Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.

Portaria nº 589, de 8 de outubro de 2004

Artigo 1º - Exclui a classificação de código 083 (reabilitação auditiva), do serviço/classificação de código 018 (reabilitação), da tabela de serviço/classificação do SIA/SUS.

Portaria nº 2.352, de 26 de outubro de 2004

Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do programa de reestruturação dos hospitais de ensino do ministério da educação no sistema único de saúde – SUS, e dá outras providências.

Portaria interministerial nº 2.355, de 26 de outubro de 2004

Artigo 1º - Altera os artigos 4º e 5º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.005/2004, publicada no Diário Oficial da União, em 31 de maio de 2004, seção 1, página 55.

Portaria nº 2.587, de 6 de dezembro de 2004

Institui o incentivo financeiro aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, destinado ao financiamento das ações voltadas à implantação e manutenção do Programa Farmácia Popular do Brasil.

Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996

Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003

Aprova as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003

Aprova as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Instrução Normativa nº 1, de 15 de janeiro de 1997

Disciplina a celebração de convênios de natureza financeira que tenham por objeto a execução de projetos ou realização de eventos e dá outras providências.

Instrução Normativa nº 1, de 8 de dezembro de 2003

Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS).

CONTATOS DO SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G

CEP: 70.058-900

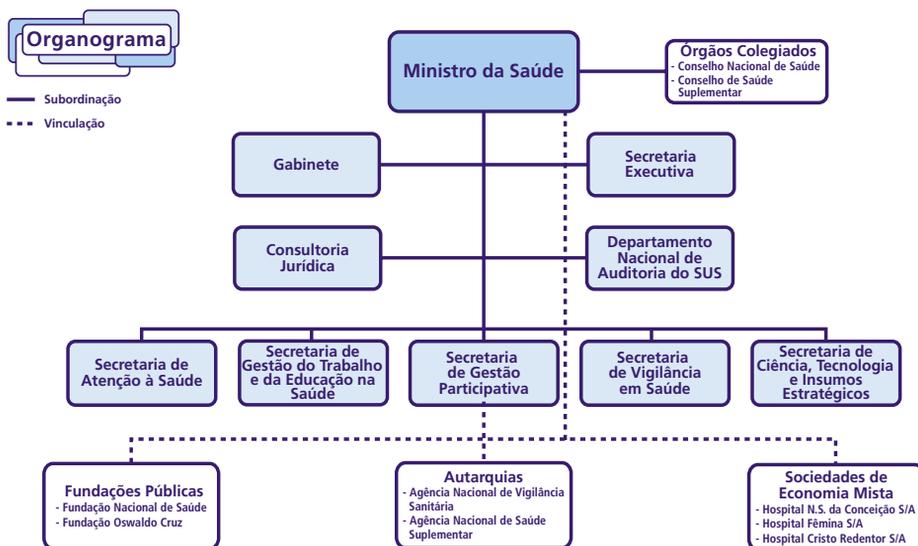
Brasília, DF

Internet: <http://www.saude.gov.br>

e-mail: fale.ministerio@saude.gov.br e info@saude.gov.br

PABX: (61) 315-2425

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO MS



Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios Bl. G
CEP: 70.058-900 Brasília/DF - Brasil
Telefone: (61) 315-2425

I. ÓRGÃOS DE ASSISTÊNCIA DIRETA E IMEDIATA AO MINISTRO DE ESTADO

1. GABINETE DO MINISTRO (GM)

Competências:

- Assistir ao ministro de Estado em sua representação política e social, ocupar-se das relações públicas, do cerimonial e do preparo e despacho do seu expediente pessoal.
- Acompanhar o andamento dos projetos de interesse do MS em tramitação no Congresso Nacional.
- Providenciar o atendimento às consultas e aos requerimentos formulados pelo Congresso Nacional.
- Providenciar a publicação oficial e a divulgação das matérias relacionadas com a área de atuação do MS.
- Exercer as atividades de comunicação social, bem como de relações internacionais relacionadas com a cooperação em Saúde, de interesse do MS.
- Exercer outras atribuições que lhe forem cometidas pelo Ministro de Estado.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 5º andar, Gabinete

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: chefia.gm@saude.gov.br

Telefone: (61) 223-9184 / 9678 – 315-2399 / 2788 / 2789

Fax: (61) 224-8747 / 315-2879 / 315-2680

2. DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS (DENASUS)

Competências:

- Realizar auditoria da regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas no âmbito do SUS.
- Verificar a adequação, a resolubilidade e a qualidade dos procedimentos e serviços de Saúde disponibilizados à população.
- Estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e padronização das ações de auditoria no âmbito do SUS.
- Promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS.
- Promover, em sua área de atuação, cooperação técnica com órgãos e entidades federais, estaduais e municipais, com vistas à integração das ações dos órgãos que compõem o

Sistema Nacional de Auditoria (SNA) com os órgãos integrantes dos sistemas de controle interno e externo.

- Emitir parecer conclusivo e relatórios gerenciais para instruir processos de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde, de valores apurados nas ações de auditoria e informar à autoridade superior sobre os resultados obtidos por meio das atividades de auditoria desenvolvidas pelos órgãos integrantes do SNA.
- Orientar, coordenar e supervisionar técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelas unidades organizacionais de auditoria dos Núcleos Estaduais.

Contatos:

Endereço: SEPN 511, Edifício Bittar 4, Bloco C, 5º andar

CEP: 70.750-543

Brasília – DF

e-mail: auditoria@saude.gov.br

Telefone: (61) 448-8385 / 8390 / 8393 / 8395 / 8351

Fax: (61) 448-8382

3. CONSULTORIA JURÍDICA (CJ)

Competências:

- Assessorar o Ministro de Estado em assuntos de natureza jurídica.
- Exercer a coordenação das atividades jurídicas do MS e das entidades vinculadas.
- Fixar a interpretação da Constituição, das leis, dos tratados e dos demais atos normativos a ser uniformemente seguida em sua área de atuação e coordenação, quando não houver orientação normativa
- do Advogado-Geral da União.
- Elaborar estudos e preparar informações por solicitação do Ministro de Estado.
- Assistir ao Ministro de Estado no controle interno da legalidade administrativa, dos atos a serem por ele praticados ou já efetivados, e daqueles oriundos de órgãos ou entidades sob sua coordenação jurídica.
- Examinar, prévia e conclusivamente, no âmbito do MS:
 - 1) os textos de edital de licitação, bem como os dos respectivos contratos ou instrumentos congêneres, a serem publicados e celebrados;
 - 2) os atos pelos quais se vá reconhecer a inexigibilidade ou decidir a dispensa de licitação.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 2º andar, sala 207

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Telefone: (61) 325-2064 / 315-2304 / 3008

Fax: (61) 315-2607

4. SECRETARIA EXECUTIVA (SE)

Competências:

- Assistir ao Ministro de Estado na supervisão e coordenação das atividades das secretarias integrantes da estrutura do MS e das entidades a ele vinculadas.
- Supervisionar e coordenar as atividades relacionadas com os sistemas federais de planejamento e de orçamento, de organização e modernização administrativa, de contabilidade, de administração financeira, de administração dos recursos de informação e informática, de recursos humanos e de serviços gerais, no âmbito do MS.
- Supervisionar e coordenar as atividades relacionadas aos sistemas internos de gestão e aos sistemas de informações relativos às atividades finalísticas do SUS.
- Supervisionar e coordenar as atividades do Fundo Nacional de Saúde.
- Auxiliar o Ministro de Estado na definição de diretrizes e na implementação das ações da área de competência do MS.
- Assessorar a direção dos órgãos do MS na formulação de estratégias de colaboração com organismos financeiros internacionais.
- Exercer o papel de órgão setorial dos Sistemas de Pessoal Civil da Administração Federal (Sipec), de Organização e Modernização Administrativa (Somad), de Administração dos Recursos de Informação e Informática (SISP), de Serviços Gerais (SISG), de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal e de Contabilidade Federal, por intermédio das Subsecretarias de Assuntos Administrativos e de Planejamento e Orçamento a ela subordinadas.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 3º andar, sala 305

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Internet: <http://www.saude.gov.br/se>

e-mail: se@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-2078 / 2079 – 226-6407 – 225-6410 – 315-2130 / 2133 / 2769

Fax: (61) 321-4396 – 223-4449

4.1. Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA)

Competências:

- Promover o desenvolvimento institucional e prover o MS dos recursos técnico-administrativos necessários ao cumprimento de seus objetivos.
- Promover, com os menores custos relativos e os mais eficientes instrumentos, as condições ideais para que o MS alcance, de forma eficaz, seus objetivos.
- Implantar o Projeto de Racionalização das Rotinas Administrativas e o Projeto de Melhoria da Gestão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.
- Aperfeiçoar a estrutura organizacional do MS, passando pela gerência de recursos humanos, materiais, patrimônio, passagens, diárias, dentre outras.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo A, sala 337

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: saa.agenda@saude.gov.br

Telefone: (61) 224-4319 – 321-8234 – 315-2233 / 2843 / 2521 / 2973

Fax: (61) 223-7318 – 315-2880 / 2277

4.2. Biblioteca do Ministério da Saúde

Competências:

- Prestar serviços de coleta, pesquisa e informação na área de saúde pública, ciências médicas e áreas afins.
- Manter intercâmbio com redes de informação nacionais e internacionais.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Térreo

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Telefone: (61) 315-3200 / 2280

4.3. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)

Competências:

- Contribuir para a concretização das ações de Saúde e melhoria da qualidade de vida da população.
- Coordenar o monitoramento e a avaliação dos processos sistêmicos e integrados de planejamento e orçamento, de administração financeira e de contabilidade dos órgãos e entidades do MS, em interface com outros órgãos afins.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 2º andar, sala 253

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Internet: <http://www.saude.gov.br/spo>

E-mail: spoweb@saude.gov.br

Telefone: (061) 315-3342 / 2219 – 224-7069

Fax: (061) 224-9568 – 315-3333

4.4. Departamento de Informação e Informática do SUS (Datasus)

Competências:

- Coletar, processar e disseminar informações sobre Saúde.
- Manter bases nacionais de informações do SUS.

- Disseminar informações sobre Saúde para a gestão e o controle social do SUS, bem como para apoio à pesquisa em Saúde.
- Desenvolver, selecionar e disseminar tecnologias de informática para a Saúde, adequadas ao País.
- Prestar consultoria para a elaboração de sistemas do planejamento, controle e operação do SUS.
- Prestar suporte técnico para informatização dos sistemas de interesse do SUS, em todos os níveis da federação.
- Normatizar procedimentos, softwares e ambientes de informática para o SUS.
- Apoiar a capacitação das secretarias estaduais e municipais de Saúde para a absorção dos sistemas de informações no seu nível de competência.
- Incentivar a formação da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS) na Internet, e outros serviços complementares de interesse do SUS, como redes físicas (Info SUS), BBS e vídeo-conferências.

Contatos:

Endereço 1: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo A, sala 109

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Telefone: (61) 315-2254 – 321-7216 – 315-2764

Fax: (61) 321-4787

Endereço 2: Rua México, 128 - sala 837 - Centro

CEP: 20.031-142

Rio de Janeiro – RJ

Internet: <http://www.datasus.gov.br>

Telefone: (PABX): (21) 3974-7171 – 3974-7227 / 7228 / 7206

4.5. Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Competências:

- Gerir, na esfera federal, os recursos do SUS.
- Contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo A, sala 205

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Internet: <http://www.fns.saude.gov.br>

e-mail: falecomfns@saude.gov.br

Telefone: (61) 321-1917 – 315-2777 / 2927

Fax: (61) 225-2359

Disque Central de Atendimento FNS: 0800-644-8001

4.6. Departamento de Apoio à Descentralização (DAD)

Competências:

- Articular os órgãos do MS no processo de avaliação de políticas no âmbito do SUS.
- Subsidiar os processos de elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento do modelo de gestão do SUS, nos três níveis de governo.
- Promover, articular e integrar as atividades e ações de cooperação técnica a estados, municípios e ao Distrito Federal, visando a fortalecer a gestão descentralizada do SUS.
- Formular e propor a adoção de diretrizes necessárias para o fortalecimento dos sistemas estaduais e municipais de saúde.
- Planejar, coordenar e articular o processo de negociação e de contratualização, visando o fortalecimento das instâncias de pactuação nos três níveis de gestão do SUS.
- Promover a articulação e a integração de ações entre os órgãos e unidades do MS e os gestores estaduais e municipais do SUS.
- Participar do processo de negociação e da definição de critérios para a alocação de recursos físicos e financeiros, nas três esferas de gestão do SUS.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 3º andar, sala 351

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Internet: <http://www.saude.gov.br/dad>

e-mail: dad@saude.gov.br

Telefone: (61) 226-8735 / 9737 – 315-2649

Fax: (61) 226-9737

4.7. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (Dipe)

Competências:

- Desenvolver ações nas seguintes áreas: Núcleo de Integração Estratégica, SIS-Mercosul, Complexo Produtivo da Saúde e ações inter-governamentais.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 3º andar, sala 317

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: dipe@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-2359

Fax: (61) 226-0286

4.8. Coordenação Geral de Investimentos em Saúde (CGIS)

Competências:

- Gerenciar a carteira de investimentos e de projetos estratégicos com objetivo de otimizar sua execução.
- Integrar as políticas de investimentos em Saúde às estratégias de governo, procurando aumentar sua eficiência e impacto sobre a qualidade de vida da população.
- Prestar análise técnica de projetos financiados por emendas parlamentares.
- Acompanhar convênios e integrar áreas que analisavam emendas e convênios.
- Integrar bancos de dados para melhorar acompanhamento dos projetos.
- Estabelecer de critérios para análise de investimentos.
- Elaborar o plano diretor de investimentos para estados e regiões.
- Participar das discussões sobre descentralização.
- Orientar os proponentes para elaboração de projetos.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 3º andar, sala 325

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: dipe@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-2567 / 3351

Fax: (61) 226-0286

4.9. Coordenação Executiva de Projetos

Competências:

- Prestar assistência técnica, jurídica, orçamentário-financeira, de recursos humanos, de comunicação e de informática aos projetos em Saúde.

Contatos:

Endereço: SQN 510 - Edifício do Ministério da Saúde

CEP: 70750-515

Brasília, DF

e-mail: dipe@saude.gov.br

Telefone: (61) 347-6049

Fax: (61) 447-2568

4.10. Unidades Descentralizadas: Núcleos Estaduais

Competências:

- Desenvolver atividades técnico-administrativas e de apoio logístico, bem como praticar os demais atos necessários à atuação dos órgãos do MS.

II. ÓRGÃOS ESPECÍFICOS E SINGULARES

1. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS)

Competências:

- Participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, observando os princípios do SUS.

Contatos:

Gabinete do Secretário de Atenção à Saúde:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 9º andar, sala 902

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Internet: <http://www.saude.gov.br/sas>

e-mail: sas@saude.gov.br

Telefone: (61) 225-0211 – 315-2626 / 2627

Fax: (61) 226-3674

1.1. Departamento de Atenção Especializada (DAE)

Competências:

- Elaborar e avaliar as políticas de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar do SUS.
- Regular e coordenar as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 9º andar, sala 921

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: dae@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-2261 / 3626

Fax: (61) 226-6020

1.2. Departamento de Atenção Básica (DAB)

Competências:

- Desenvolver mecanismos de controle e avaliação dos serviços de atenção básica.
- Prestar cooperação técnica a estados, municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atendimento básico, como a estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, Diabetes e Hipertensão Arterial, Alimentação e Nutrição, Gestão e Estratégia, Avaliação e Acompanhamento.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar, sala 655

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: dab@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-2497

Fax: (61) 226-4340

1.3. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape)

Competências:

- Articular, entre outros, os programas de Saúde Mental, da Mulher, do Trabalhador, do Jovem e Adolescente, da Criança, do Idoso, do Penitenciário, dos Portadores de Deficiência, de Trauma e Violência, orientando estados, municípios e Distrito Federal na execução das políticas.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, sala 607

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: dape@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-2850

Fax: (61) 315-3403

1.4. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Drac)

Competências:

- Elaborar políticas de regulação assistencial.
- Acompanhar e avaliar a prestação de serviços assistenciais.
- Definir critérios para a sistematização e padronização das técnicas e procedimentos relativos às áreas de controle e avaliação.
- Manter e atualizar o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 9º andar, sala 955

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: decas@saude.gov.br

Telefone: (61) 224-4014 – 224-3014 – 315-2690 / 2082

Fax: (61) 225-3174 – 226-0948

1.5. Instituto Nacional de Câncer (Inca)

Competências:

- Formular a política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.
- Exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos.
- Coordenar, programar e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia.
- Prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas.

Contatos:

Endereço: Praça da Cruz Vermelha, 23 – 4º andar – Centro

CEP: 20.230-130

Rio de Janeiro – RJ

Internet: <http://www.inca.gov.br>

Telefone: (21) 2224-4074 / 4531 – 2506-6006 – 2506-6000 (PABX)

Fax: (21) 2242-2420

2. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS (SCTIE)

Competências:

- Formular, implementar e avaliar a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.
- Formular, implementar e avaliar políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos necessários à implementação da Política Nacional de Saúde.
- Viabilizar a cooperação técnica aos estados, municípios e ao Distrito Federal, no âmbito da sua atuação.
- Articular a ação do MS com organizações governamentais e não-governamentais, visando o desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde.
- Formular, implementar e avaliar as Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados.
- Estabelecer métodos e mecanismos para a análise da viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos em saúde.
- Participar da formulação e implementação das ações de regulação do mercado visando o aprimoramento da Política Nacional de Saúde.
- Formular, fomentar, realizar e avaliar estudos e projetos no âmbito das suas responsabilidades.

Contatos:

Gabinete do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8º andar, sala 818.

CEP: 70.058-900
Brasília, DF
Internet: <http://www.saude.gov.br/sctie>
e-mail: sctie@saude.gov.br
Telefone: (61) 325-2117 – 225-5886 – 315-2790
Fax: (61) 223-0799

2.1. Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit)

Competências:

- Promover cooperação entre o setor de ciência e tecnologia e o SUS.
- Participar da formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, voltada para a melhoria do SUS e a universalidade do acesso aos serviços.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8º andar, sala 834
CEP: 70.058-900
Brasília, DF
Telefone: (61) 315-3472 / 2273 / 2637 / 2790
Fax: (61) 315-3463 – 223-0799

2.2. Departamento de Economia da Saúde (DES)

Competências:

- Aumentar a eficiência do uso dos recursos do SUS disponíveis, de modo que a população tenha acesso à saúde de que necessita.
- Oferecer ao mercado instrumento de redução e controle de preços, por meio do Banco de Preços em Saúde (BPS), proporcionando maior visibilidade no uso dos recursos públicos do SUS e apoiando instrumentos de gestão nas unidades de saúde.
- Diminuir a burocracia dos processos de compras, por meio do Registro Nacional de Preços (RNP), evitando atos ilegais em processos licitatórios e estimulando a execução do programa de incentivo à assistência farmacêutica.
- Alimentar o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que organiza e executa a coleta e o processamento de informações sobre receitas totais e gastos em saúde nas três esferas do governo.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8º andar, sala 834
CEP: 70.058-900
Brasília, DF
Telefone: (61) 225-5886 – 325-2117 – 315-2839 / 2790
Fax: (61) 223-0799

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAFIE)

Competências:

- Formular e implementar a Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.
- Acompanhar e avaliar políticas e ações de regulação do mercado farmacêutico.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8º andar, sala 834

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Telefone: (61) 325-2117 – 325-2171 – 225-5886 – 315-2839 / 2941 / 2790 / 2166 / 3062 / 2409

Fax: (61) 223-0799 – 315-2307 – 325-2171

3. SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA (SGP)

Competências:

- Coordenar a política e propor estratégias e mecanismos de fortalecimento da gestão democrática do SUS, considerando a articulação do MS com os diversos setores governamentais e não-governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da Saúde e a utilização da informação de interesse da área pela sociedade.
- Estimular e apoiar o bom funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de Saúde, criando mecanismos para sua avaliação permanentemente.
- Coordenar a política e propor estratégias de fortalecimento do controle social por meio das conferências nacionais de Saúde, da Plenária de Conselhos de Saúde, da Rede Nacional de Conselhos de Saúde, da capacitação continuada de conselheiros de Saúde, da articulação entre os níveis de gestão do SUS e a sociedade.
- Coordenar a política e propor estratégias de articulação e acompanhamento da reforma sanitária, por meio da avaliação e análise de seu desenvolvimento, elaboração de estudos e teses e da identificação e disseminação de experiências inovadoras.
- Coordenar a política e estratégias da Ouvidoria-Geral do SUS, por meio de estruturas descentralizadas, realização de fóruns de usuários do SUS e cooperação com entidades de defesa de direitos do cidadão.

Contatos:

Gabinete do Secretário de Gestão Participativa:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 4º andar, sala 437

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: [gستاoparticipativa@saude.gov.br](mailto:gestaoparticipativa@saude.gov.br)

Telefone: (61) 315-3616 / 3326

Fax: (61) 321-1935

3.1. Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária (Dars)

Competências:

- Coordenar, em articulação com os demais órgãos do MS e instituições da sociedade, o processo de desenvolvimento, acompanhamento, análise e avaliação da reforma sanitária brasileira.
- Identificar, apoiar e divulgar as experiências inovadoras no âmbito do SUS.
- Identificar e promover a avaliação dos aspectos críticos e das distorções na implantação do SUS.
- Viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas, por meio de acordos de cooperação com entidades governamentais e não-governamentais, que contribuam para o desenvolvimento da reforma sanitária brasileira.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 4º andar, sala 437

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Telefone: (61) 315-3616 / 3326

Fax: (61) 321-1935

3.2. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Dogs)

Competências:

- Propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação do SUS.
- Estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas das ouvidorias em Saúde.
- Implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS.
- Analisar sugestões emanadas da sociedade civil por intermédio de suas organizações, com vistas à ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde e promover a discussão com os outros órgãos do MS.
- Estimular a realização permanente de fóruns de usuários do SUS.
- Promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das reclamações ou informações decorrentes.
- Propor medidas visando assegurar o acesso do cidadão às informações individuais existentes nos órgãos de saúde.
- Recomendar a correção de problemas identificados mediante reclamações enviadas diretamente ao MS, contra atos e omissões ilegais ou indevidas no âmbito da Saúde.
- Recomendar a revogação ou correção de atos que não atendam aos objetivos e normas constantes da legislação vigente na área da Saúde.

Contatos:

Endereço: SEPN 511, Bloco C, Edifício Bittar IV - 1º subsolo

CEP: 70.750-543

Brasília - DF

Internet: <http://www.saude.gov.br/ouvidoria>

e-mail: ouvidoria@saude.gov.br

Telefone: (61) 448-8900

Fone/Fax: (61) 448- 8900 / 8926

4. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS)

Competências:

- Coordenar as ações do SUS na área de vigilância ambiental e de vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de risco.
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas desenvolvidas pelo Instituto Evandro Chagas, pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga, pelo Centro Nacional de Primatas e pela Central de Armazenagem e Distribuição de Insumos Estratégicos.
- Construir parcerias com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, bem como com instituições de ensino e pesquisa nacionais e estrangeiras.

Contatos:

Gabinete do Secretário de Vigilância em Saúde:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sobreloja, sala 105

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Internet: <http://www.saude.gov.br/svs>

e-mail: svs@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-3706 / 3777 / 3650 / 3776 / 3641 – 225-5807

Fax: (61) 321-9253 / 3216 – 223-1168

4.1. Departamento de Vigilância Epidemiológica (Devpe)

Competências:

- Propor normas relativas a ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis, notificação de doenças transmissíveis, investigação epidemiológica e vigilância epidemiológica, nos postos de entrada do território nacional.
- Adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos à saúde, pertinentes ao seu campo de atuação.
- Coordenar ações de epidemiologia e controle de doenças e agravos inusitados à saúde, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando for superada a capacidade de execução dos estados, houver o envolvimento de mais de um estado ou houver riscos de disseminação em nível nacional.

- Normatizar e definir instrumentos técnicos relacionados aos sistemas de informações sobre doenças de notificação compulsória e doenças sob monitoramento.
- Analisar, monitorar e orientar a execução das ações de prevenção e controle de doenças que integrem a lista de doenças de notificação compulsória ou que venham assumir importância para a saúde pública.
- Elaborar indicadores de vigilância epidemiológica para análise e monitoramento do comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância e agravos inusitados à saúde.
- Propor a lista nacional de doenças de notificação compulsória.
- Propor o esquema básico de vacinas de caráter obrigatório.
- Coordenar a investigação de surtos e epidemias, em especial de doenças emergentes e de etiologia desconhecida ou não esclarecida, e de eventos adversos temporalmente associados à vacinação.
- Normatizar e supervisionar o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública nos aspectos relativos à Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde.
- Normatizar, coordenar e supervisionar a utilização de imunobiológicos.
- Participar da elaboração e supervisionar a execução das ações na Programação Pactuada Integrada - Epidemiologia e Controle de Doenças.
- Prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação a estados, municípios e ao Distrito Federal na organização das ações de epidemiologia, imunização, laboratório e demais ações de prevenção e controle de doenças.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sobreloja, sala 155

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Telefone: (61) 315-3643 / 3646

Fax: (61) 315-3214

4.2. Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis)

Competências:

- Elaborar estudos e análises para monitoramento do quadro epidemiológico e avaliação do impacto das políticas e programas de Saúde.
- Monitorar o comportamento epidemiológico de doenças não transmissíveis e outros agravos à saúde.
- Normatizar e coordenar a execução dos sistemas de estatísticas vitais.
- Promover e divulgar análise das informações geradas pelos sistemas.
- Desenvolver metodologias para estudos e análises de situação de saúde.
- Participar da elaboração e supervisionar a execução das ações na Programação Pactuada Integrada - Epidemiologia e Controle de Doenças.
- Prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação a estados, municípios e ao Distrito Federal na organização das ações inerentes à análise de situação de Saúde.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sobreloja, sala 148

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Telefone: (61) 315-3419

Fax: (61) 315-3498

5. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES)

Competências:

- Formular políticas orientadoras da formação, educação permanente, gestão e regulação do trabalho em Saúde, no Brasil.
- Motivar e propor mudanças na formação técnica, de graduação e pós-graduação em Saúde.
- Motivar e propor um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS.
- Valorizar e fortalecer a participação e democracia nas relações de trabalho, estabelecendo propostas de despreciação do trabalho em saúde.
- Formular um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, com definição de vínculos e carreiras que assegurem os direitos dos trabalhadores da saúde.

Contatos:

Gabinete do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar, sala 705

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

Internet: <http://www.saude.gov.br/sgtes>

e-mail: sgtes@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-2224 – 315-2248 – 315-2061

Fax: (61) 226-0063

5.1. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)

Competências:

- Propor, incentivar e acompanhar as políticas de gestão do trabalho e da regulação das profissões e ocupações da Saúde no âmbito do SUS.
- Realização de negociação junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores, no que se refere à gestão, regulação e regulamentação do trabalho, objetivando estruturar uma efetiva política de gestão em recursos humanos nas três esferas de governo, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar, sala 751

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: degerts@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-2550 – 315-3767 – 315-2884

Fax: (61) 315-2345

5.2. Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges)

Competências:

- Propor e formular as políticas relativas à formação, educação permanente, ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores da Saúde em todos os níveis de escolaridade, à capacitação de profissionais de outras áreas da Saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial.
- Propor e formular políticas relativas à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre Saúde para a formação da consciência sanitária.
- Desenvolver cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em Saúde e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em Saúde.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar, sala 717

CEP: 70.058-900

Brasília, DF

e-mail: degex@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-3394 / 3848

Fax: (61) 315-2974

III – ENTIDADES VINCULADAS

1. AUTARQUIAS

1.1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Competências:

- 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, incluindo os ambientes, processos, insumos e as tecnologias a eles relacionados.

- Exercer o controle de portos, aeroportos e fronteiras e a interlocução junto ao Ministério das Relações Exteriores e instituições estrangeiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária.

Contatos:

Endereço: SEPN 515, Bloco B, Edifício Ômega, 5º andar

CEP: 70.770-502

Brasília – DF

Internet: <http://www.anvisa.gov.br>

e-mail: presidencia@anvisa.gov.br

apoio.presidencia@anvisa.gov.br

Telefone: (61) 448-1009 / 1026 / 3176 / 3177

Fax: (61) 448-1028

1.2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Competências:

- 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.

Contatos:

Sede da ANS no Rio de Janeiro:

Endereço: Avenida Augusto Severo, 84, Edifício Barão de Mauá, Glória

CEP: 20021-040

Rio de Janeiro – RJ

Internet: <http://www.ans.gov.br>

Telefone: (21) 2105-0000

Gabinete da Presidência no DF:

Endereço: Setor de Autarquias Sul, Quadra 1, Bloco M, Edifício Libertas, 7º andar

CEP 70.070-935

Brasília – DF

Telefone: (61) 213-3000

Disque ANS: 0800-701-9656

2. FUNDAÇÕES PÚBLICAS

2.1. Fundação Nacional de Saúde (Funasa)

Competências:

- Promover a inclusão social por meio de ações de saneamento.
- Promover a proteção à saúde dos povos indígenas.

- Promover programas de prevenção e controle de doenças e agravos ocasionados pela falta ou inadequação nas condições de saneamento básico em áreas de interesse especial, como assentamentos, remanescentes de quilombos e reservas extrativistas.
- Prestar apoio técnico e financeiro no combate, controle e redução da mortalidade infantil e da incidência de doenças de veiculação hídrica, ou causadas pela falta de saneamento básico e ambiental.

Contatos:

Endereço: Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bloco N, sala 502

CEP: 70.070-040

Brasília – DF

Internet: <http://www.funasa.gov.br>

e-mail: presidencia@funasa.gov.br

Telefone: (61) 223-6798 – 224-9269 – 226-4036 – 314-6362 / 6466 / 6363 (PABX)

Fax: (61) 226-5631 – 321-3118 – 314-6253

2.2. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Competências:

- Desenvolver ações na área da ciência e tecnologia em Saúde, incluindo atividades de pesquisa básica e aplicada, ensino, assistência hospitalar e ambulatorial de referência, formulação de estratégias de Saúde pública, informação e difusão, formação de recursos humanos, produção de vacinas, medicamentos, *kits* de diagnósticos e reagentes, controle de qualidade e desenvolvimento de tecnologias para a Saúde.

Contatos:

Endereço: Avenida Brasil, 4365, 5º andar do Castelo – Manguinhos

CEP: 21.045-900

Rio de Janeiro – RJ

Internet: <http://www.fiocruz.br>

e-mail: presidencia@fiocruz.br e buss@fiocruz.br

Telefone: (21) 2598-4305 a 08 – 2590-3190 – 2598-4242 (PABX)

Telefax: (21) 2270-2496

Coordenação Regional de Brasília:

Endereço: SEPN 510, Bloco A, Edifício Unidade II, sala 402

CEP: 70.750.520

Brasília – DF

Internet: <http://www.fiocruz.br> e www.direb.fiocruz.br

Telefax: (61) 340-0724 / 0340 / 0467 / 9826

CONSELHO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

Competências:

- Promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de Saúde alicerçado nos conceitos de descentralização e municipalização.
- Propor fórmulas de gestão democrática para a Saúde.
- Auxiliar municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus sistemas de Saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, sala 126

CEP: 70.058.900

Brasília – DF

Internet: <http://www.saude.gov.br> e www.conasems.org.br

e-mail: conasems@saude.gov.br

Telefone: (61) 315-2121 / 2828 / 2432

Fax: (61) 315-2125

1. SERVIÇOS PRESTADOS PELO CONASEMS

Rede Brasil de Conasems

Em cada unidade da federação existe um congêneres do Conasems: os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), que formam a Rede Brasil, articulando-se na realização de projetos de interesse comum da Saúde pública em todo o País e disseminando as resoluções pactuadas pelo Conasems nos órgãos de deliberação e gestão do SUS. Mais informações: <http://www.conasems.org.br>

Portal Conasems

Promove a atualização dos gestores municipais sobre a Saúde, propicia o compartilhamento de experiências e opiniões e oferece serviços, por meio da Internet, no site: <http://www.conasems.org.br>

Revista Conasems

Contribui para a atualização dos gestores municipais, profissionais de saúde e conselheiros municipais apresentando temas de interesse da Saúde e da área social em geral, relatando experiências municipais, opiniões de atores sociais relevantes, informando sobre eventos.

Tem periodicidade mensal e tiragem de 30 mil exemplares, com distribuição gratuita. É publicada desde outubro de 2003 e está disponível no site: <http://www.conasems.org.br>

Boletim Informativo Conasems

Atualiza gestores municipais, semanalmente, informando sobre fatos relevantes para o SUS e para a área social, sobre leis, decretos, portarias e normas publicadas na esfera federal com relação à gestão do Sistema de Saúde. Todos os secretários municipais de Saúde e gestores de serviços do SUS o recebem por e-mail. Fica ainda disponível no site: <http://www.conasems.org.br>

Núcleos Temáticos

Espaço dos secretários municipais de Saúde e assessores para discutir políticas de Saúde, realizar estudos e preparar informações e pareceres para decisão dos colegiados. Os participantes dos Núcleos têm assento nas Comissões e Grupos de Trabalho Tripartites do SUS. Veja a composição de cada Núcleo no site: <http://www.conasems.org.br>

Congresso Anual Conasems

Reúne todos os secretários municipais de Saúde, para discutir temas do interesse dos gestores municipais e definir orientações para o trabalho de representação do Conasems que, a cada dois anos, elege a diretoria do órgão. O XXI Congresso dos Secretários Municipais de Saúde será realizado em maio de 2005, quando será eleita uma nova diretoria.

2. CONTATOS COSEMS

Cosems – Acre

Tel/Fax: (068) 224-5400 – 223-9053
Rua José de Melo, 187, 2º andar, sala
202, Bairro Bosque
CEP: 69.908-330
Rio Branco, AC

Cosems – Alagoas

Tel/Fax: (082) 336-7304
E-mail: cosems@fapeal.br
Avenida Dom Antonio Brandão, 218,
Farol
CEP: 57021-090
Maceió, AL

Cosems – Amapá

Tel/Fax: (096) 314-1048 – 314-1052 /
1048 – 9974-9533
Fax: (096) 314-1048 – 314-1052 / 1048
– 9974-9533
Av. Castelo Branco, 495, Área Comercial
CEP: 68925-000
Macapá, AP

Cosems – Amazonas

Tel/Fax: (092) 643-6324
E-mail: cosems@saude.am.gov.br
Av. André Araújo, 701, Aleixo
CEP: 69.060-001
Manaus, AM

Cosems – Bahia

Tel/Fax: (071) 371-8703 / 0759, ramal 216

E-mail: conesems@upb.org.br

3ª Avenida, 320 - CAB / Sede da UPB

CEP: 41750-300

Salvador, BA

Cosems – Ceará

Tel/Fax: (085) 219-9099 – 9969-2823

E-mail: cosemsce@secretel.com.br

Avenida Oliveira Paiva, 2621, Parque Manibura.

CEP: 60.822-131

Fortaleza, CE

Cosems – Espírito Santo

Tel/Fax: (027) 3225-5609

E-mail: cosemses@ig.com.br

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 2025 - Bento Ferreira

CEP: 29.052-345

Vitória, ES

Cosems – Goiás

Tel/Fax: (062) 201-3808

E-mail: cosemsgo@ig.com.br

R. SC 1 nº 299, Parque Santa Cruz

CEP: 74.860-027

Goiânia, GO

Cosems – Maranhão

Telefone: (098) 246-2477 / 7032 – 9973-0506 – 9114-2630

Fax: (098) 246-2477

E-mail: cosemsma@elo.com.br

Avenida Daniel de La Touche, QD-C, Casa. 07, Jardim Bella Vista, Cohama

CEP: 65.061-022

São Luís, MA

Cosems – Mato Grosso

Telefone: (065) 644-2406

Fax: (065) 644-2406

E-mail: cosems@amm.org.br

Av. Rubens de Mendonça, 3920, AMM, CPA

CEP: 78.000-000

Cuiabá, MT

Cosems – Mato Grosso do Sul

Telefone: (067) 314-3345 / 3347

Fax: (067) 314-3347

E-mail: saude.nav@terra.com.br

Rua 13 de Maio, nº 1090, Ed. Maria Geralda

CEP: 79.007-423

Campo Grande, MS

Cosems – Minas Gerais

Telefone: (031) 3287-3220 / 5815

Fax: (031) 3284-2423

E-mail: cosemsgmg@uai.com.br

Rua Levindo Lopes, 323 - 4º Andar, sala 402 / 404 - Bairro Funcionários

CEP: 30.140-170

Belo Horizonte, MG

Cosems – Pará

Telefone: (091) 223-0271 – 223-0271 – 224-2333

Fax: (091) 223-9258

E-mail: cosemspa@bol.com.br

Av. Conselheiro Furtado, 1086 - Nazaré

CEP: 68.040-100

Belém, PA

Copasems – Paraíba

Telefone: (083) 218-7366 / 7363 / 7414

Fax: (083) 218-7463

E-mail: copasems@saude.pb.gov.br

Secretaria Estadual de Saúde, Avenida Pedro II, 1826, Torre

CEP: 58040-903

João Pessoa, PB

Cosems – Paraná

Telefone: (044) 232-1151

Fax: (044) 232-1151

Avenida Cristóvão Colombo, 1624

CEP: 86990-000

Marialva, PR

Cosems – Pernambuco

Telefone: (081) 3221-5162

Fax: (081) 3412-6179

Praça Oswaldo Cruz, s/n, FUSAN, Boa Vista

CEP: 50050-210

Recife, PE

Cosems – Piauí

Telefone: (086) 211-0595, ramal 234

Fax: (086) 211-0521

E-mail: appm_cosems@secrel.com.br

Avenida Pedro Freitas, s/n - Centro Administrativo

CEP: 64018-900

Teresina, PI

Cosems – Rio de Janeiro

Telefone: (021) 2240-3763

Fax: (021) 2240-3763

E-mail: cosems@saude.rj.gov.br

Rua México, 128, Sobre loja 1, Sala 17, Centro

CEP: 21031-142

Rio de Janeiro, RJ

Cosems – Rio Grande do Norte

Telefone: (084) 232-8169 / 8487

FAX: (084) 232-8487

E-mail: cosemsrn@digicom.br

Rua João Pessoa, 634, Salas 5 e 6, 15º andar, Centro

CEP: 59025-000

Natal, RN

Cosems – Rondônia

Telefone: (69) 481-3793

Fax: (69) 481-3793

E-mail: espigao.saude@centranet.com

Rua Rio Grande, 2800, Vista Alegre.

CEP: 78983-000

Espigão D'Oeste, RO

Cosems – Roraima

Telefone: (095) 623-0817 – 623-1673

Fax: (095) 623-2005 / 1673

E-mail: semsa@technet.com.br

Avenida Getúlio Vargas, 678, Centro

CEP: 69301-031

Boa Vista, RR

Assedisa – Rio Grande do Sul

Telefone: (051) 3231-3833
Fax: (051) 3231-3833
Rua Marcílio Dias, 574 Bairro Menino de Deus
CEP: 90130-000
Porto Alegre, RS

Cosems – Santa Catarina

Telefone: (048) 221-2385 – 224-0267
Fax: (048) 221-2029
E-mail: cosems@saude.sc.gov.br
Rua Esteves Júnior, 160, 8º andar, Centro
CEP: 88015-530
Florianópolis, SC

Cosems – São Paulo

Telefone: (011) 3066-8259 / 8146
Fax: (011) 3083-7225
E-mail: cosemssp@saude.sp.gov.br
Avenida Arnaldo, 351, 2º andar, sala 213
CEP: 01246-000
São Paulo, SP

Cosems – Sergipe

Telefone: (079) 214-6277
Fax: (079) 214-6277
E-mail: conselho-se@ig.com.br
Rua Maruim, 100, Sala 15, Galeria
Interprise Center, Bairro Centro
CEP: 49010-160
Aracajú, SE

Cosems – Tocantins

Telefone: (063) 218-1782 / 3248 / 1742
Fax: (063) 218-1782
E-mail: cosems-to@bol.com.br
Secretaria de Estado da Saúde, sala 13
Praça dos Girassóis, s/n
CEP: 77003-900
Palmas, TO

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS)

Competências:

- Funcionar como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações entre seus membros.
- Implementar os princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar no desenvolvimento das ações e serviços de Saúde.
- Promover o exercício das responsabilidades das secretarias de Saúde junto aos órgãos do governo federal e municipal, do poder legislativo e da sociedade.
- Assegurar às secretarias municipais de Saúde, através da direção do Conselho ou Associação de Secretários Municipais de Saúde de cada unidade federada, a participação em todas as decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas municipais ou intermunicipais de Saúde.
- Encaminhar aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de Saúde em todo o território nacional.
- Estimular e intercambiar experiências quanto ao funcionamento dos conselhos de Saúde.
- Promover estudos e propor soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da Saúde.
- Orientar e promover a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor Saúde.
- Manter intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras de interesse para o setor Saúde.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, sala 148

CEP: 70.058.900

Brasília – DF

Telefone: (61) 315-2206 / 2892 / 2865 – 223-2852

Fax: (61) 315-2894

Internet: <http://www.conass.org.br>

e-mail: conass@saude.gov.br e conass@conass.org.br

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

Competências:

- Formular estratégia e exercer o controle da execução da Política Nacional de Saúde (PNS) em âmbito federal.
- Estabelecer critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais.
- Decidir sobre planos estaduais de Saúde, quando solicitado pelos conselhos estaduais de Saúde, sobre divergências levantadas pelos conselhos estaduais e municipais de Saúde, bem como por órgãos de representação na área da Saúde, e sobre credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisa em seres humanos.
- Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de Saúde, em articulação com o Ministério da Educação.
- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços.
- Acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos estados, municípios e Distrito Federal.
- Aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial.
- Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio.
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de Saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País.
- Propor a organização e convocação da Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, salas 103 a 128

CEP: 70.058-900

Brasília – DF

Telefone: (61) 225-6672 – 226-8803 – 315-2151 / 2150

Fax: (61) 315-2414 / 2472

Internet: <http://conselho.saude.gov.br>

e-mail: cns@saude.gov.br

OUTROS ÓRGÃOS E COMISSÕES DE SAÚDE

1. CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU)

Competências:

- Estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais de Saúde Suplementar.
- Aprovar o contrato de gestão da ANS.
- Supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS.
- Fixar diretrizes gerais para implementação no setor de aspectos determinados em lei.
- Deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Contatos:

Gabinete do Ministro da Saúde:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 5º andar, Gabinete

CEP: 70.058-900

Brasília – DF

Telefone: (61) 223-9184 / 9678 – 315-2399 / 2788 / 2789

Fax: (61) 224-8747 – 315-2879

e-mail: chefia.gm@saude.gov.br

Gabinete da Presidência da ANS no DF:

Endereço: Setor de Autarquias Sul, Quadra 1, Bloco M, Edifício Libertas, 7º andar

CEP: 70.070-935

Brasília - DF

Telefone: (61) 213-3000

2. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT)

Competências:

- Assistir o MS na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

Contatos:

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, sala 210

CEP: 70.058-900

Brasília - DF

Telefone: (61) 315-2260

Fax: (61) 315-2449

e-mail: cit@saude.gov.br

OUTROS CONTATOS ÚTEIS

Portal da Saúde: www.saude.gov.br e www.datasus.gov.br

Disque Saúde – 0800-61-1997

- Informações sobre doenças e orientações de saúde.
- Ações e políticas de saúde.
- Denúncias, reclamações e sugestões ao MS.

Ligação gratuita; atendimento personalizado de segunda a sexta-feira das 8h às 18h; atendimento eletrônico após horário de funcionamento e aos sábados, domingos e feriados.

Disque Pare de Fumar – 0800-703-7033

- Orientação sobre como parar de fumar.
- Prevenção de doenças causadas pelo tabagismo.
- Conscientização sobre os riscos do tabagismo.

Ligação gratuita; atendimento personalizado de segunda a sexta-feira das 8h às 18h; parceria com o Inca.

Disque Saúde Mulher – 0800-644-0803

- Prevenção da mortalidade feminina por causas evitáveis.
- Orientações em caso de preconceito sofrido pela mulher.
- Assistência à gravidez em condições inseguras como no caso de adolescentes, mulheres que não realizam pré-natal ou que sofreram violência sexual, entre outros.

Ligação gratuita; atendimento personalizado de segunda a sexta-feira das 8h às 18h; parceria com a SEPPM/PR.

Disque Denúncia de Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes – 0800-99-0500

- Registro de denúncias de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes.
- Encaminhamento para os Conselhos Tutelares.

Ligação gratuita; atendimento personalizado de segunda a sexta-feira das 8h às 18h; parceria com o SEDH.

Sistema de Atendimento ao Cidadão (Sac/SUS) – 0800-644-9000

- Registro de reclamações, sugestões e opiniões do usuário do SUS sobre a qualidade dos seus hospitais e o atendimento prestado.

Ligação gratuita; atendimento personalizado de segunda a sexta-feira das 8h às 18h; e-mail: sacsus@saude.gov.br; telefone: (61) 448-8900; fax: (61) 325-2067.

Disque Medicamentos – 0800-644-0644

- Orientações sobre preço de medicamentos.
- Registro de denúncias da população sobre a regulamentação de preços de medicamentos.
- Acesso aos medicamentos de assistência farmacêutica do SUS.

Ligação gratuita; atendimento personalizado de segunda a sexta-feira das 8h às 18h; parceria com a Anvisa.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E BANCOS DE DADOS

Cadastro de Beneficiários de Saúde Suplementar

Instituído em 1999, obtém relação nominal de titulares e dependentes de planos de Saúde, individuais e coletivos, utilizada para: 1) ressarcimento dos serviços de saúde efetuados pelo SUS a beneficiários de Saúde Suplementar; 2) pagamento de taxas a ANS; 3) estudos e estatísticas. O acesso a seus dados é muito restrito em respeito à privacidade do paciente e ao valor mercadológico. A ANS vem aprimorando seus dados e estudando quais deverão ser disponibilizados. Alguns deles podem ser obtidos na página do Datasus.

 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/f15.htm> e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2003/f16.def>

Caderno de Informações de Saúde

Disponibiliza indicadores pré-definidos por especialistas e apresenta gráficos para auxiliar a análise. Os indicadores estão agrupados em catorze categorias: identificação, demografia, saneamento, rede ambulatorial, rede hospitalar, assistência ambulatorial, assistência hospitalar, morbidade hospitalar, nascimentos, mortalidade, imunizações, atenção básica, pagamento e transferências, orçamentos públicos. Tal como o Pacto de Atenção Básica, os indicadores podem ser obtidos por município, o que requer uma análise cuidadosa. O Caderno, gerenciado pelo Datasus, está disponível e o cálculo dos indicadores é feito automaticamente nos bancos de dados.

 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernos/cadernosmap.htm>

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes)

O sistema se propõe a cadastrar e manter atualizados os dados dos estabelecimentos de saúde, hospitalares e ambulatoriais, das redes pública e privada, nas três esferas de governo, possibilitando a avaliação e acompanhamento do perfil da capacidade instalada e o potencial do atendimento à população. O cadastro será utilizado por todos os sistemas de âmbito nacional do SUS, buscando uma identificação única, com numeração específica para a Saúde e solução própria para cadastramento, por meio da Internet, de unidades de saúde e de profissionais da área. A responsabilidade de atualização dos dados é do gestor municipal ou estadual, conforme condição e os de gestão. Foi gerado um número provisório de Cnes. Inicialmente serão cadastrados os hospitais ambulatoriais e SADT ligados ao SUS, como também os estabelecimentos que efetuam ações cobertas pelas Apac. Os demais estabelecimentos serão, oportunamente, cadastrados. O Cnes, gerenciado pela SAS, é utilizado pelo SIH-SUS desde agosto de 2003.

 <http://cnes.datasus.gov.br/lnindex.asp?Configuracao=800&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer>

Cartão Nacional de Saúde

A partir da identificação única, possibilitada por esse cartão, será possível a construção de base de dados de histórico clínico, com imediata identificação do paciente e, portanto, com ganho

de tempo, segurança e agilização no atendimento. O projeto, implantado em municípios-piloto, está em processo de avaliação.

 http://aguia.datasus.gov.br/cartaonetasp/portalCNS/B_Dir.asp

Conselhos Federais da Área de Saúde (Conprof)

É um banco de dados que tem por objetivo disponibilizar, em um único instrumento de consulta, as informações dos conselhos federais e regionais de Saúde sobre as profissões que compõem a equipe de Saúde. Inclui: identificação do conselho; dados institucionais; legislações e decretos; código de ética e estatuto; resoluções e normas; conselhos regionais. www.saude.gov.br link Gestão do Trabalho e Regulação em Saúde.

 <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm> e http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149

Indicadores Básicos para a Saúde (IBS)

O IBS é um produto final do trabalho de diversos órgãos especializados do Ministério da Saúde, em conjunto com a Fundação IBGE, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Coordenação Geral de Estatística e Atuária do Ministério da Previdência e Assistência Social e a Fundação Sistemas de Análise de Dados do Estado de São Paulo (Seade), integrantes da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Esta rede é responsável pela atualização anual dos dados, que estão disponíveis na página do Datasus. Os indicadores estão agrupados em seis categorias: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura e são apresentados por estado, capital e região metropolitana.

 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/matriz.htm>

Indicadores do Pacto de Atenção Básica

É o instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse tipo de atenção (Portaria nº 456 do MS). Os cálculos dos indicadores selecionados pelo Ministério da Saúde se baseiam em bancos de dados dos sistemas de âmbito nacional. Os indicadores são apresentados no âmbito municipal, e para seu cálculo alguns itens não são considerados: 1) a sub-enumeração dos sistemas de âmbito nacional; 2) o cálculo de alguns indicadores para municípios pequenos pode acarretar distorções. Portanto, a análise desses indicadores deve ser cuidadosa. Os indicadores são atualizados anualmente e calculados diretamente nos bancos de dados do Datasus. É gerenciado pela SAS e disponibilizado na página do Datasus.

 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2004/pacmap.htm/>

Pagamentos efetuados a unidades hospitalares e a terceiros

Informações mais detalhadas sobre os pagamentos aos hospitais e aos prestadores de serviço, por CNPJ. A consulta é feita no BDAIH.

 <http://bdaih.datasus.gov.br/scripts/menu.asp>

Pagamentos efetuados diretamente a prestadores

Valores resultantes do faturamento das contas hospitalares e ambulatoriais apresentadas pelos hospitais públicos, privados, filantrópicos e universitários credenciados pelo SUS. Detalhado por CNPJ, os dados estão disponíveis na página do Datasus.

 http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=352

Recursos Federais do SUS

Valores brutos devidos ou repassados pelo Ministério da Saúde aos prestadores e aos gestores, por município. Os dados são oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para as transferências a municípios, e dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e Ambulatoriais (SIA) do SUS. Os valores apresentados são brutos, ou seja, além do que será efetivamente pago ao hospital incluem, também, a remuneração de médicos (código 7) e laboratórios, impostos, descontos, dentre outros.

 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/recsus/rsmmap.htm>

Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia)

O sistema informatizado cadastra e acompanha os portadores de hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS. Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada a essas doenças, o MS assumiu o compromisso de executar ações para apoiar a reorganização da rede de Saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias, por meio do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Para tanto, estabeleceu parceria com estados, municípios e com as sociedades brasileiras de cardiologia, hipertensão, nefrologia e diabetes, federações nacionais de portadores de hipertensão arterial e diabetes, Conass e Conasems.

 <http://hiperdia.datasus.gov.br/principal.asp>

Sistema de Gerenciamento de Projetos e Atividades

Sistema organizado em rede, que possibilita o gerenciamento e o acompanhamento dos projetos e atividades das unidades organizacionais da instituição. A partir do planejamento, mediante relatórios de gestão e status de execução, inclui níveis de responsabilidades e detalhamento das atividades, bem como dos eventos relacionados aos projetos e atividades.

 cgmidi@saude.gov.br

Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (Gescon)

É o sistema de informações gerenciais utilizado, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), que integra o Fundo Nacional de Saúde (FNS), os núcleos estaduais, as secretarias-fim e gerências de projetos e diretorias de programas, armazenando dados relativos ao cadastramento da entidade beneficiária e do dirigente responsável, a análise e a aprovação de pleitos e projetos de

cooperação financeira a serem atendidos pelo MS; a celebração de convênios em suas etapas de qualificação, formalização dos termos e publicação; monitoramento da execução, controle dos prazos para prestação de contas, análise, aprovação e tomada de contas especial. Não disponibiliza dados ao público.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) tem por objetivo o registro e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. Esse sistema possibilita uma análise global e integrada de todos os agravos definidos para desencadear as medidas de controle. O Sinan é o principal instrumento de coleta de dados das doenças de notificação compulsória e outros agravos. Instituído em 1996, tem por objetivo dotar municípios e estados de uma infra-estrutura tecnológica básica para a transferência de informações dentro do Sistema de Informação em Saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) trabalha para a promoção e disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS. Objetiva o estabelecimento de sistemas de informação e análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do País, subsidiando a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, bem como a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de Saúde.

 http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis03_sinan.htm

Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (SIS Pré-Natal)

Permite o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do SUS. No SIS Pré-Natal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. É gerenciado pela SAS e é possível obter informações na página do Datasus.

 http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/SPN_PP.htm

Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab)

Principal instrumento de monitoramento da estratégia Saúde da Família, tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão, bem como fomentar e consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. A Saúde da Família é uma estratégia para reorientar o modelo assistencial, a partir da atenção básica, possibilitando a reorganização dos sistemas municipais de Saúde. A Unidade Básica de Saúde da Família, cuja área de abrangência está delimitada territorialmente, possuindo uma clientela adscrita, passa a ser a porta de entrada do sistema.

Sistema de Informações do Câncer da Mulher (Siscam)

Registro dos dados de identificação da mulher e dos laudos dos exames citopatológicos e histopatológicos realizados no SUS. Disponibilizado em 2002, o sistema, a partir de dados para o monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos, orienta os gerentes estaduais do programa sobre a qualidade dos laboratórios responsáveis pela leitura dos exames no município. É gerenciado pelo Inca e seus dados estão disponíveis na página do Datasus.

 <http://corvo.datasus.gov.br/siscam/siscam.htm> e <http://www.inca.gov.br/>

Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI/PNI)

Visa a contribuir para o controle, eliminação e/ou erradicação das doenças transmissíveis. O objetivo principal do Programa é oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, buscando alcançar coberturas vacinais de 100%, de forma homogênea, em cada município e em cada bairro.

 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/dpnimap.htm>; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/cpnimap.htm> e <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imu/imu00.htm>.

Sistema de Informações Hospitalares (SIH SUS)

Um complexo de programas de processamento de dados destinados a auxiliar a operacionalização, controle e gestão do atendimento hospitalar do SUS realizados pelas secretarias municipais em gestão plena municipal, e pelas secretarias estaduais. Cobre em torno de 70% das internações realizadas no País. O documento básico é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Inicialmente produzido para controlar e fiscalizar as internações hospitalares, é principalmente um instrumento para pagamento. Entretanto, a quantidade de informações disponibilizadas pelo sistema permite que estudos epidemiológicos venham se utilizando cada vez mais de seus dados. É gerenciado pela SAS e as informações estão disponíveis na página do Datasus.

 <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#Morbidade> ou <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#AssistSaude>. Tabelas auxiliares podem ser obtidas, também, na página da SAS <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/tabelasia.sih.htm>

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Implantado em 1977 e tendo entrado em vigor nacionalmente em 1979, permite a obtenção regular de dados sobre mortalidade. O documento básico é a Declaração de Óbito (DO). A codificação da causa básica do óbito depende do conhecimento de um especialista e, para apoiar esse processo, foi desenvolvido o Sistema de Seleção de Causa Básica (SCB).

 Dados disponíveis em CD e em http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00_sim.htm e <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtm.htm>. http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00_sim.htm

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Implantado oficialmente a partir de 1990, foi desenvolvido à semelhança do Sistema de Mortalidade (SIM) com o objetivo de coletar dados sobre nascimentos, em todo território nacio-

nal, e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do sistema de Saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada em todo o país.

 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/nvmap.htm>. e http://dtr2001.saude.gov.br/svs/imagens/top_r1_c2.gif.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

É um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS, que funciona por meio da coleta e processamento de informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, das três esferas de governo. Dessa forma, possibilita o conhecimento da estrutura do financiamento da Saúde pública no Brasil e facilita o controle, a avaliação e a gestão dos gastos públicos e das políticas de Saúde. Tem como principais objetivos: 1) contribuir para o aprimoramento do planejamento, da gestão e da avaliação dos gastos públicos em Saúde; 2) dimensionar a participação de estados e municípios no financiamento da Saúde; 3) acompanhar e analisar a vinculação constitucional de recursos para Saúde (EC 29/2000). Implementado pelo Conselho Nacional de Saúde em 1993, o sistema compõe-se de três módulos: 1º módulo - consiste em um programa de coleta de dados, disponibilizado no *site* do Siops para download, o qual é preenchido por estados e municípios e transmitido pela Internet; 2º módulo - armazena e organiza as informações em um banco de dados coordenado pelo Datasus, RJ; 3º módulo - disponibiliza as informações na Internet, acrescidas de vários indicadores (incluindo um destinado à verificação do cumprimento da EC 29).

 <http://siops.datasus.gov.br>

Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SIS PPI)

É um instrumento informatizado, desenvolvido na linguagem *visual basic* pelo Ministério da Saúde (MS) para registro dos dados da programação assistencial realizada pelos estados e municípios. Em função da autonomia dos sistemas estaduais e municipais na definição dos instrumentos de programação dos recursos de custeio da assistência, a utilização do SIS PPI é opcional. O SIS PPI é constituído pelos módulos estadual e municipal. Para que se possa iniciar a programação municipal, é necessária a realização de uma etapa prévia, no módulo estadual. Tal etapa compreende à macro-alocação de recursos e à definição de parâmetros para a média complexidade, alta complexidade e área hospitalar. Uma vez finalizada essa etapa, os dados são exportados aos municípios para que esses executem sua programação, onde são explicitadas as referências intermunicipais e/ou interestaduais.

 <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/CPA/default.htm>

Sistema de Transferência de Recursos Fundo a Fundo (Sisfaf)

Sistema de informações financeiras gerenciais utilizado, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para subsidiar o processamento e o controle dos repasses de recursos “fundo a fundo”. Ou seja, do FNS para os fundos estaduais e municipais vinculados às respectivas secretarias de Saúde. Não disponibiliza dados ao público.

Sistema Gerencial de Informações Financeiras do SUS (SGIF/SUS)

Sistema de informações financeiras gerenciais utilizado, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), para subsidiar o processamento e o controle dos pagamentos realizados diretamente aos prestadores de serviços ao SUS, a título de remuneração por serviços produzidos. Não disponibiliza dados ao público.

Sistema Gerencial para Gestão do Trabalho

O objetivo deste banco de dados é prover os gestores de um instrumento com informações integradas para tomada de decisões e formulação de políticas para gestão do trabalho em Saúde, nas três esferas de governo. O sistema possui treze diferentes tipos de pesquisas e, em breve, terá uma referente aos municípios que fazem parte da Amazônia Legal. Em todas as pesquisas, o usuário terá acesso a um conjunto de blocos de informações que são: identificação; recursos humanos (região/UF); recursos humanos (município); característica dos empregos; capacidade instalada; sistema formador (região/UF); notas técnicas.

 www.saude.gov.br link Gestão do Trabalho e Regulação em Saúde.

Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi)

Sistema informatizado que processa e controla, por meio de terminais instalados em todo o território nacional, a execução orçamentária, financeira, patrimonial e contábil dos órgãos da administração pública direta federal, das autarquias, fundações e empresas públicas federais e das sociedades de economia mista que estiverem contempladas no orçamento fiscal e/ou no orçamento da seguridade social da União. Não disponibiliza dados ao público.

Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Sisnep)

Sistema de informações, via Internet, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, foi criado para facilitar o registro de pesquisas e integrar o sistema de avaliação ética das pesquisas no Brasil (Conep/CEPs). Após o registro no Sisnep e a entrega ao Comitê de Ética em Pesquisa é gerado um código numérico único, correspondente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (Caae).

 <http://dtr2002.saude.gov.br/sisnep/>

Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

O SIA/SUS é um conjunto de programas de processamento de dados, criados conforme as normas do Ministério da Saúde, destinados a auxiliar a operacionalização, controle e gestão do atendimento ambulatorial do SUS, realizado pelas secretarias municipais em gestão Plena e Pab, e pelas secretarias estaduais. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido mensalmente pelas unidades ambulatoriais, o qual contém dados sobre o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional. É gerenciado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). A atualização e disponibilização dos

dados se dá mensalmente, após o processamento do mês no Datasus (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sia/pamap.htm>). Tabelas auxiliares podem ser obtidas também na página da SAS.

 <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/consultatab1.htm>

Subsistema do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Alto Custo (Apac)

Sistema nacional de informações que registra individualmente os atendimentos de média e alta complexidade realizados pelos estabelecimentos de saúde (SUS). Criado em 1997, deverá gerar o faturamento com base numa programação físico-financeira e informações estatísticas e gerenciais, subsidiando as instâncias de controle, avaliação, PPI, auditoria e análise epidemiológica. São consideradas Apac os procedimentos de: 1) Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise); 2) Quimioterapia; 3) Radioterapia. Gerenciado pela SAS, tem suas informações disseminadas em CD e pelo MSBBS. Tabelas auxiliares podem ser obtidas também na página da SAS.

 <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/tabelasia.sih.htm>

Transferências do Fundo Nacional de Saúde

As informações sobre os valores transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos estaduais e municipais estão disponíveis, pelo critério de caixa ou competência, na página do FNS e do Datasus. Entretanto, estudos têm sido realizados para a elaboração de uma única página. São referentes aos valores oriundos do FNS, para as transferências a municípios e dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Ambulatoriais (SIA/SUS) do SUS. Os dados são atualizados mensalmente no *site* do Datasus.

 http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=347 ou <http://www.fns.saude.gov.br/index.asp>.

REDES DE COOPERAÇÃO, BIBLIOTECAS VIRTUAIS E OBSERVATÓRIOS

1. REDES INSTITUCIONAIS

Rede Américas

Promove o intercâmbio de experiências e o relacionamento entre países das Américas, com vistas ao aprendizado mútuo e à propagação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade da Saúde. É responsável pela realização dos Congressos Internacionais da Rede América, tais como os ocorridos em Fortaleza/Brasil (1995), Havana/Cuba (1997) e Quebec/Canadá (2000). O próximo Congresso da Rede Américas será realizado em 2005, no Brasil.

 documentos e informações, no site <http://www.conasems.org.br>

Rede Brasileira de Laboratórios (Reblas)

Integra laboratórios autorizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mediante habilitação pela gerência geral de laboratórios de Saúde Pública dessa Agência, ou por meio de credenciamento no Instituto Nacional de Metrologia, Normatização e Qualidade Industrial (Inmetro), para proceder a análises prévias de controle e orientação sobre produtos sujeitos ao regime de vigilância sanitária. Os laboratórios, oficiais ou privados que compõem a rede, seguem normas nacionais e internacionais de qualidade.

 <http://www.anvisa.gov.br/reblas>

Rede Cooperasus

Espaço de intercâmbio, articulação e compartilhamento de informações e experiências no campo da gestão em Saúde, a Rede Cooperasus tem como função criar uma cultura de cooperação e coresponsabilidade que contribua para a qualificação do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, SUS. A partir de banco de currículos, cadastramento de experiências, fóruns para debates e biblioteca, o Cooperasus possibilita acordos de cooperação entre gestores, instituições formadoras, de pesquisa e profissionais de saúde, na busca por novos entendimentos e soluções para os problemas e dificuldades identificados na gestão do SUS.

 <http://www.saude.gov.br/cooperasus>

Rede de Economia da Saúde (Ecos)

A principal finalidade da Rede Ecos, criada e coordenada pelo Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde (MS), é tornar-se um canal para divulgação e troca de informações e conhecimentos relacionados à área de economia da saúde, a ser utilizada pelos seus integrantes. Além disso, pretende ser um espaço de integração entre gestores, coordenadores e técnicos do MS, secretarias estaduais e municipais de Saúde, bem como de outras entidades interessadas em aportar e receber informações úteis sobre economia da saúde, para a tomada de decisão.

 [rede.ecos@saude.gov.br](mailto:red.ecos@saude.gov.br)

Rede Gandhi: Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência

Objetiva contribuir para a redução dos índices de violência e para a introdução da cultura de paz e da não-violência, em parceria com a Unesco, a Associação Palas Athena, secretarias municipais de Saúde e interessados de todo o país. Divulga dados e informações sobre violência e cultura de paz, apóia e promove o compartilhamento de experiências municipais, apóia e participa de iniciativas como a Campanha Nacional pelo Desarmamento. Realiza anualmente o Congresso Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência.

 <http://www.conasems.org.br; redegandhi@conasems.org.br>

Rede Nacional de Informações de Saúde (Rnis)

Objetiva integrar e disseminar as informações de saúde no país. Criada como um projeto do Ministério da Saúde (MS), a RNIS possibilita a integração, por meio da Internet, de todos os municípios brasileiros, facilitando o acesso e o intercâmbio das informações em Saúde. Contribui para a melhoria da gestão, do controle social, do planejamento e da pesquisa de gestores, agentes e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

 <http://www.datasus.gov.br/rnis>

2. OUTRAS REDES

Associação Brasileira de Organizações não Governamentais (Abong)

Criada em 1991, a Abong tem como principal objetivo representar as ONGs e promover o intercâmbio entre aquelas empenhadas no fortalecimento da cidadania, na conquista e expansão dos direitos sociais e da democracia. Possui cerca de 300 associadas com atuação na esfera pública em áreas como direitos humanos, políticas públicas, questões agrárias e agrícolas, questões urbanas, desenvolvimento regional, meio ambiente e ecologia.

 <http://www.abong.org.br>

Gestão Local

Rede de bancos de dados, facilita o acesso a diversos bancos de dados que contêm informações sobre práticas de gestão local. Contribui para a difusão de propostas de políticas públicas locais que fortaleçam a cidadania, promovam a democratização da sociedade e melhorem as condições de vida dos cidadãos.

 <http://www.web-brazil.com/gestaolocal/index.html>

Rede das Águas

A rede das águas apresenta a oportunidade de acompanhar debates, participar de fóruns sobre questões referentes à água.

 <http://www.rededasaguas.org.br>

Rede de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentado (DLIS)

É uma rede mista e plural, aberta a pessoas e organizações de todos os setores, interessadas e envolvidas com o tema, em todas as regiões do Brasil e no exterior. Objetivos: propiciar acesso a informações e serviços úteis para pessoas e organizações envolvidas na promoção do desenvolvimento local; facilitar a interlocução e ampliar o debate entre pessoas que trabalham com o tema; gerar maior qualificação à questão do desenvolvimento local; fomentar uma cultura de trabalho em rede.



<http://www.rededlis.org.br>

Rede de Educação Popular em Saúde

A Rede de Educação Popular em Saúde é uma articulação envolvendo profissionais de Saúde, pesquisadores e lideranças de movimentos sociais que acreditam na potencialidade da educação popular como estratégia para a construção de uma sociedade mais saudável e participativa e de um sistema de Saúde mais democrático e adequado às condições de vida da população. Realiza eventos nacionais e estaduais, organiza uma lista de discussão pela Internet e publica boletins e livros. É, por definição, difusa e diversa, sendo seu principal objetivo a divulgação e troca de experiências e o apoio às iniciativas dos sujeitos e grupos participantes. A lista foi criada no primeiro trimestre de 1999. Estão convidados a participar os profissionais, os técnicos, os agentes de Saúde e as lideranças comunitárias voltados ao trabalho de ação e reflexão nos seguintes temas (dentre outros): educação e saúde, saúde e medicina comunitária, saúde da família, agentes comunitários de saúde, promoção da saúde, cultura e saúde, organização e construção comunitária em saúde, subjetividade e saúde, religiosidade e saúde, espiritualidade e saúde, arte e saúde.



<http://www.redepopsaude.com.br>; edpopsaude@yahoogrupos.com.br e para assinar edpopsaude-subscribe@yahoogrupos.com.br

Rede de Informações para o Terceiro Setor (Rits)

É uma organização privada, autônoma e sem finalidade lucrativa, fundada em 1997 com a missão de ser uma rede virtual de informações voltada para o fortalecimento das organizações da sociedade civil e dos movimentos sociais.



<http://www.rits.org.br>

Rede Unida

A Rede Unida conecta pessoas que executam e/ou articulam projetos que têm como objetivo comum o desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Caracteriza-se pela diversidade de projetos e de experimentos na área da Saúde, os quais buscam uma mudança no modelo de atenção, no modelo de ensino e na participação social no setor.

Tem múltiplos nós que constituem lugares de articulação, não estando a propulsão das suas ações localizada em um único e fixo lugar.



<http://www.redeunida.org.br>

3. BIBLIOTECAS VIRTUAIS

<http://saudepublica.bvs.br>

Endereço da Biblioteca Virtual em Saúde, uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) em conjunto com diversos outros órgãos e organizações. Presta serviços de coleta, pesquisa e informação na área de Saúde Pública, ciências médicas e áreas afins, estabelecendo intercâmbio com redes de informação nacionais e internacionais. Seu acervo conta com publicações e periódicos na área de Saúde Pública, com ênfase em medicina preventiva, saúde materno-infantil, doenças transmissíveis, saúde ocupacional, doenças crônico-degenerativas, enfermagem, dentre outras áreas. Está disponível por meio de solicitações e para pesquisa on line.

<http://www.bireme.br>

Permite acesso às bases de dados do Medline e Lilacs, com acesso a resumos de referências bibliográficas. Acesso também a outras bases de dados, como Adolec (adolescência), Repidisca (Literatura em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente), BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), Paho (bibliografia da Organização Pan-americana de Saúde), Desastres (Acervo do Centro de Documentação de Desastres) dentre outras.

<http://www.scielo.br>

Site do Scielo, onde é possível obter artigos completos de diversas revistas da área de Saúde Pública (Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, Revista Pan-americana de Saúde Pública, dentre outras), além de artigos de outras áreas (Odontologia, Ciências Sociais, etc.).

4. OBSERVATÓRIOS

[Instituto Brasileiro de Administração Municipal \(Ibam\)](#)

Organização de natureza não-governamental, sem fins lucrativos, voltada ao fortalecimento dos governos municipais, sob a ótica de uma sociedade democrática, cujos objetivos abrangem o estudo, a pesquisa e a busca de solução dos problemas municipais e urbanos. É reconhecido como instituição de utilidade pública, pelo governo federal e do Rio de Janeiro, e como instituição filantrópica, pelo Conselho Nacional de Serviço Social. Sua missão é promover o município como esfera autônoma de governo, fortalecendo sua capacidade de formular políticas, prestar serviços e fomentar o desenvolvimento local, objetivando uma sociedade democrática e valorizando a cidadania.



<http://www.ibam.org.br>

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs)

Compõe um projeto de âmbito continental da Organização Panamericana de Saúde (Opas), já implantado em diversos países das Américas e propiciado no Brasil pelo Projeto BRA 0025 da Opas/OMS. Tem o propósito geral de oferecer o mais amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos de Saúde no País, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais, bem como a regulação social dos sistemas de educação e trabalho no campo da Saúde. Constitui um local de encontro de todos os interessados no tema de recursos humanos no setor Saúde, oferecendo ferramentas úteis para o estabelecimento de processos de cooperação técnica, bem como informações para os atores sociais atuantes nesse setor.



http://www.opas.org.br/rh/redes.cfm?id_rede=11

AGENDA COLETIVA DO SUS 2005

EQUIPE TÉCNICA

Coordenação:

André Luis Bonifácio Carvalho – MS
Lumena Almeida Castro Furtado – MS
Rose Marie Inojosa – CONASEMS

Edição geral e de textos:

Luís André do Prado

Revisão de textos:

Maria Alejandra Schulmeyer

Projeto gráfico e editoração:

Formats design gráfico

Projeto do CD-ROM:

Formats design gráfico

Ilustrações:

Fernando Lopes
(Ilustração da página 74 baseada em foto de Carlos Moura e ilustração da página 94 baseada em foto de Ricardo Borba)

Grupo Articulador:

André Falcão do Rego Barros – SVS
Antônio Sérgio de Freitas Nogueira – SGTES
Beatriz Figueiredo Dobashi – CONASEMS
Doriane Patrícia Ferraz de Souza – SE
Gisela da Costa Mascarenhas – FUNASA
Inessa França Malaguth – SE
Jacirema Peixoto Sousa – FUNASA
João Carlos Saraiva – SCTIE
Luciana Waclawovski – ANVISA
Maria Maurília Queiroga – SGP
Rosaura Maria da Costa Hexsel – SGTES
Sueza Abadia de Souza – SAS
Vera Lucia Pereira Muniz – CONASEMS

Agradecimentos a todos os envolvidos com a construção dessa publicação, em especial destacamos:

Adnei Pereira de Moraes – SGP
Adriana Castro – SE
Adriana de Medeiros Cavalcanti – SE
Adson Roberto França Santos – SAS
Afonso Teixeira dos Reis – SAS
Afra Suassuna Fernandes – SAS
Alba Lucy Giraldo Figueroa – SE
Alcides Silva de Miranda – SE
Alfredo Schechtman – SAS
Aline Yuka Shinike – SAS
Ana Cristina de Alencar Bezerra – SAS
Ana Lucia Pereira – SE
Ana Maria Costa – SGP
Anamim Lopes Silva – SE
Ademar Arthur Chioro dos Reis – SAS
Andréa Leitão Ribeiro – SAS
Ângela Cristina Piscelli – SAS
Angélica Rogério de Miranda Pontes – SCTIE
Antônia de Jesus Angulo Tuesta – SCTIE
Aristel Gomes Bordini Fagundes – SE
Ayrton Galiciani Martinello – SE
Beth Barros – SE
Carlos Armando Lopes do Nascimento – SAS
Carlos Estênio Freire Brasilino – SVS
Carmem Priscila Bocchi – SCTIE
Cinthia Lociks de Araújo – SE
Cipriano Maia de Vasconcelos – SE
Cláudia Risso – DATASUS
Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo – SAS
Cyrene dos Santos Alves – SAS
Dario Frederico Parshe – SE
Elaine Machado López – SAS
Elaine Maria Giannotti – SAS

Éricka França de Araújo – SE
Eugênia Belém Calazans Coelho – SCTIE
Eulete Rezende de Lacerda – SE
Exedito Luna – SVS
Fabiano Geraldo Pimenta Júnior – SVS
Fátima Cristina C M Silva – SGP
Guilherme Franco Netto – SVS
Gilvânia Westin Cosenza – ANS
Helena Celia Ribeiro Montiani – SGP
Henrique Antunes Vitalino – SGTES
Jarbas Tomazoli Nunes – SCTIE
João Palma – SAS
João Paulo Baccara – SAS
Johnny Ferreira dos Santos – FUNASA
Jonice Maria Ledra Vasconcelos – SE
José Bruno de Alencar Pinto – SAS
José Carlos de Moraes – SAS
Joselito Pedrosa – SAS
Josué Ribeiro Costa da Silva – SE
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – SGTES
Lindemberg Medeiros de Araújo – DATASUS
Luiz Antônio Nolasco de Freitas – SE
Margarida Alaqoque Ribeiro de Moraes – SAS
Márcia Batista de Souza Muniz – SPO
Márcia Beatriz Dieckmann Turcato – SVS
Márcia Edialede Ranieri Makrakis – SE
Márcia Helena Nerva Blumm – SE
Márcia Lotufo – SE
Marcus Vinicius Quito – SAS
Maria Ângela Maciel Montefusco – FUNASA
Maria Beatriz Pereira dos Santos Amaro – SCTIE
Maria Bernadete Carvalho Pires de Souza – SAS
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann – SAS
Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva – SE

Maria Helena Machado – SGTES
Maria Jeiza dos Anjos – SE
Maria Luiza Jaeger – SGTES
Maria Moema Borges Leal de Britto – SE
Nelson Rodrigues dos Santos – SGP
Paulo Biancardi Coury – SE
Paulo Marcello Fonseca Marques – SGP
Paulo Sérgio de Carvalho – SE
Pedro Gabriel Godinho Delgado – SAS
Priscila de Figueiredo Aquino – SE
Rejane Silva Costa – SGP
Rejane Vieira – SE
Ricardo Barcelos – SCTIE
Ricardo Burg Ceccim – SGTES
Roberto José Bittencourt – SAS
Ronaldo Falasque Júnior – SCTIE
Sérgio Sampaio Bezerra – SAS
Suzanne Jacob Serruya – SCTIE
Sylvain Nahum Levy – SGP
Tatiana Lotfi de Sampaio – SAS
Tereza Cristina Lins Amaral – SAS
Tereza de Jesus Campos Neta – SAS
Thereza de Lamare Franco Netto – SAS
Valéria do Sul Martins – SGP
Vania Lacerda Macedo – SCTIE
Wilson Schiavo – SAS
Zilda Barbosa – SAS

**Esta publicação foi realizada com o apoio da
Organização Pan-Americana
da Saúde (OPAS/OMS)**

Impresso em Brasília,
fevereiro de 2005

FICHA DE AVALIAÇÃO

Colabore com a próxima edição do manual “O SUS de A a Z – Garantindo Saúde nos municípios”. Dê sua opinião.

Dados do leitor

Nome: _____

Instituição: _____ Cargo: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ E-mail: _____

Facilidade de consulta Ótima () Boa () Regular () Ruim ()

Clareza das informações Ótima () Boa () Regular () Ruim ()

Qualidade das informações Ótima () Boa () Regular () Ruim ()

Utilização do Manual Frequentemente () Raramente () Não utiliza ()

Conteúdo adequado à gestão municipal do SUS

Sim () Não () Outros _____

Cite os cinco tópicos mais consultados

Que tópicos você acrescentaria numa próxima edição do Manual?

Comentários e sugestões

OBS: Basta destacar, dobrar e enviar para o Ministério da Saúde (a postagem é gratuita).

Agradecemos sua contribuição. Ela é fundamental para a construção do SUS!

Secretaria Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização
Esplanada dos Ministérios, bloco "G", sala 350



CARTA RESPOSTA
NÃO É NECESSÁRIO SELAR

O selo será pago por
MINISTÉRIO DA SAÚDE

AC CRUZEIRO VELHO
70649970 Brasília – DF