



RESUMO EXECUTIVO

Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 19/08/04

PAUTA

1. Homologação

- 1) Habilitação de municípios – SE
- 2) Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS
- 3) Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – SVS
- 4) Homologação da programação pactuada de Vigilância Sanitária

2. Temas para discussão e pactuação

2.1 Gestão

- a) Pacto de Gestão - SE

2.2 Atenção à Saúde

- a) Política de Saúde Auditiva – SAS
- b) Novo valor do PAB – SAS
- c) Gestão da Atenção Básica - SAS

2.3 Política de Vigilância em Saúde

- a) Financiamento de Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids – SVS

2.4 Gestão do Trabalho e Educação Permanente

- a) Política de Educação Permanente e acompanhamento do processo – SGETES

3. Temas para apresentação e debate

3.1 Atenção à Saúde

- a) Terapia Nutricional Hospitalar – SAS
- b) Assistência Farmacêutica Básica - SAS

4. Informes

- a) GT de Informação e Informática – Datasus
- b) Portaria/GM 1570 sobre Centros de Especialidades Odontológicas - SAS
- c) Componente 3 do Proesf/DF - SAS
- d) Terapia Renal Substitutiva - SAS
- e) Código 7 - SAS

II. DESENVOLVIMENTO

Fala do Ministro da Saúde – o Ministro da Saúde, Humberto Costa deu início à reunião, saudou os presentes e informou os seguintes pontos: a) decisão do Ministério da Saúde de fortalecer os Pólos de Educação Permanente do SUS com a destinação de R\$ 100 milhões para realização das suas atividades; b) a proposta de responsabilizar definitivamente todos os municípios pela atenção básica, independente da modalidade de habilitação dos municípios, será um novo marco no SUS; c) o aumento do PAB para R\$ 13,00, para todos os municípios, com um aumento expressivo no financiamento da atenção básica para muitos municípios; d) a decisão de intervir de forma contundente nas unidades hospitalares psiquiátricas que não atingiram o patamar mínimo na avaliação do Plano Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH; sobre o assunto informou que já foi feito contato com os gestores estaduais e municipais sobre a intervenção, que os

hospitais na faixa de 40 a 60% dos critérios do PNASH ficarão sob vigilância permanente e serão reavaliados no prazo de três meses podendo ocorrer o seu descredenciamento do SUS; onde isso ocorrer será dado um reforço na implantação de Centros de Atenção Psicossocial e residências terapêuticas para que a população não fique sem atendimento. O Conasems cumprimentou o Ministro pelos esforços realizados para elevação do valor do PAB, e ressaltou a importância desse aumento para os municípios. O Conass também cumprimentou o Ministro pelo aumento no valor do PAB e lembrou que este tema interessa a todos os estados e à população como um todo.

A. TEMAS PARA DISCUSSÃO E PACTUAÇÃO

A.1 Pacto de Gestão – o Diretor do Departamento de Apoio à Descentralização informou a realização da Oficina “Agenda para o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde” no dia 05 de Agosto ressaltando que foi produtiva e que contou com a participação de vários gestores. O coordenador da Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada apresentou o documento base para a construção do pacto de gestão (Anexo I) que foi produzido juntamente com o Conass e o Conasems, com a proposta de oito eixos temáticos: 1) Financiamento; 2) Responsabilidade Sanitária de Governo, de Gestão e de Respostas dos Sistemas e Serviços de Saúde; 3) Planejamento, Programação e Avaliação; 4) Organização da Assistência; 5) Regionalização; 6) Regulação e Normalização do Sistema; 7) Participação Social e Controle Público do Sistema; 8) Gestão do Trabalho em Saúde. A Câmara Técnica da CIT coordenará a discussão dos mencionados eixos que serão discutidos nos seguintes Grupos de Trabalho: GT de Financiamento, Orçamentação e Alocação de Recursos, GT de Gestão do SUS, GT de Atenção à Saúde, GT de Vigilância em Saúde, e GT de Gestão do Trabalho e Educação Permanente. Para cada um destes Eixos devem ser definidos: objeto da pactuação – em que consiste; metas de produtos e resultados - quantitativos e qualitativos - aonde chegar e quando; estratégias gerais de implantação - como chegar aos produtos e resultados esperados - com flexibilidade capaz de contemplar estratégias locais e regionais; responsabilidades das três esferas: em relação ao financiamento; aos papéis relativos a regulação, planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação; instrumentos relativos à execução dos projetos e ações previstas, bem como seu acompanhamento e avaliação. O Conasems aprovou a ideia central da proposta e ressaltou que os princípios organizativos são importantes e os gestores devem trabalhar com a lógica da necessidade de garantia de acesso aos serviços de saúde para os cidadãos dos pequenos e médios municípios; quem segue o cidadão é a cidadania; abrir um debate com a área econômica após verificar a necessidade de investimentos em equipamentos e em capacitação de profissionais de saúde. O Conass considerou que o documento está bom e ressaltou dois pontos: a agenda política pré-eleitoral pois setembro será um mês difícil; o sistema de acompanhamento das discussões nos GT pela CIT. Ressaltou ainda que o cidadão deve ter garantia de acesso pela necessidade e todos precisam ser um pouco mais responsáveis na referência e contra-referência pois é necessário suplantando a crise do acesso. O Conass enfatizou a necessidade de ocupar o espaço da CIT para um debate mais pragmático, com uma agenda propositiva, e a necessidade de elaborar uma política de comunicação social. Foi acordado que o pacto de gestão deve ser pautado nas próximas reuniões da CIT, e que o eixo da organização da assistência deve ser discutido junto com o eixo da responsabilidade sanitária; no dia 02 de setembro será realizada uma reunião com os participantes dos GT da Câmara Técnica da CIT para iniciar o trabalho de discussão da proposta do pacto.

A.2 Gestão da Atenção Básica – O Secretário de Atenção à Saúde ressaltou que com a discussão dessa pauta está se fechando um ciclo do processo de descentralização que exigia adesão dos municípios, passando a ser observado o que determina a Constituição Federal que define como competência dos municípios prestar serviços de atendimento à saúde da população. Apresentou os pontos principais da proposta: cessar o processo de habilitação de municípios em gestão plena de atenção básica e gestão plena de atenção básica ampliada; extinguir o Piso de Atenção Básica Ampliada; definir as atribuições dos estados e dos municípios na atenção básica. O Conass propôs alteração no artigo 8º da portaria, que passa a ter a seguinte redação: “O Ministério da Saúde publicará portaria, no prazo de 90 dias, definindo o instrumento de responsabilização dos gestores municipais na gestão e execução da atenção básica, os mecanismos e instrumentos de monitoramento e avaliação por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, bem como as sanções cabíveis em caso de descumprimento dessas responsabilidades; §1º O instrumento, citado neste artigo, deve ser elaborado e pactuado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite; §2º As Secretarias Estaduais de Saúde em conjunto com os municípios, por meio da respectiva Comissão Intergestores Bipartite, firmarão em 90 dias após a publicação da portaria citada neste artigo, o

referido instrumento definindo as metas anuais a serem alcançadas pelos municípios, de acordo com o respectivo Pacto de Indicadores; §3º As Secretarias Estaduais de Saúde deverão, a partir de 2006 e até o mês de março, avaliar anualmente o cumprimento das metas estabelecidas para o ano anterior, de acordo com o parágrafo segundo deste artigo; §4º As SES deverão, a partir de 2006, encaminhar para a Comissão Intergestores Tripartite, até o mês de abril de cada ano, a relação dos municípios que não cumpriram as metas pactuadas para o ano anterior, nos termos do parágrafo segundo deste artigo, para definição das providências ou sanções cabíveis”. O Conass ressaltou, ainda, o compromisso expresso na carta de Sergipe de aplicar recursos na atenção básica. O Conasems considera que a abordagem do financiamento da atenção básica na portaria, pelas três esferas de governo está muito genérica e precisaria estar mais detalhada; não incluir na portaria as penalidades se não estiver claro o entendimento do não cumprimento das responsabilidades dos municípios no anexo I da portaria; alterar a Portaria/GM 1433 de 14/07/04; que este novo pacto que esta portaria propõe, assegure a melhoria dos resultados; retirar o anexo II da Portaria que contém a lista de procedimentos dos Grupos da Atenção Básica; é importante discutir o papel do estado no financiamento da atenção básica; propôs alteração no artigo 8º para que o instrumento que será definido em 90 dias seja de responsabilização dos gestores e não apenas dos gestores municipais. O Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da SAS propôs a alteração da redação do §3º do artigo 3º para melhor compreensão. A portaria foi aprovada com as alterações propostas: mudanças na redação do artigo 8º, retirada do anexo II, mudança na redação do §3º do artigo 3º que esclareça que a revogação da exigência de habilitação dos municípios em qualquer condição de gestão para o recebimento dos recursos não se restringe apenas ao PAB variável, mas para o recebimento de qualquer incentivo. A portaria com as mudanças aprovadas está no Anexo II.

A.3 Novo valor do PAB – Foi aprovado o novo valor do PAB que passa de R\$ 10,00 para R\$ 13,00, por habitante ao ano, beneficiando a maioria dos municípios que hoje ainda recebe R\$ 10,00 por habitante ao ano. Anexo III.

A.4 Política de Educação Permanente e acompanhamento do processo – a Secretária de Gestão do Trabalho e Educação Permanente apresentou o documento “Pólos de Educação Permanente em saúde: elementos para a discussão de sua gestão e de seu financiamento”, contendo uma avaliação do primeiro semestre de execução da política de educação permanente, comentários sobre o financiamento, os problemas detectados e as propostas a seguir: 1) manter os princípios da atual estrutura distributiva, buscando, entretanto, re-equilibrar os pesos estabelecidos por estado relativos a: reduzir o peso do critério "Concentração de Equipamentos de Ensino (inversão)" de 15 para 10; aumentar o peso do critério de "População Total" de 10 para 13 e aumentar o peso do critério "Unidades de Saúde" de 15 para 17. Com isso, a distribuição contempla um pouco melhor os estados mais populosos e com maior capacidade instalada tanto no impacto da política quanto na implementação de ações de retaguarda desses estados aos de menor capacidade instalada. Esse ajuste implicará o equilíbrio dos critérios acordados pela CIT, com o estabelecimento de apoio dos estados com maior capacidade instalada de docência e pesquisa aos de menor capacidade. Esta prática terá que ser ativamente mediada pelo Ministério da Saúde, segundo critérios negociados pela Comissão Nacional de Acompanhamento de Política de Educação Permanente em Saúde e deverá assegurar dois impactos: maior execução da política e maior solidariedade entre Pólos, como também previsto na política; 2) estipular que o recurso estabelecido para cada estado passe a ser entendido como um balizador, isto é, não deve mais restringir o esgotamento da formulação da política de formação e da apresentação de projetos. Sempre que a necessidade de recursos ultrapassar o balizador, ela será considerada pela política de educação em todas as suas outras previsões (cursos de especialização, residência, educação técnica, educação popular, SES Educadoras, Municípios Colaboradores em Educação Permanente, VER-SUS, educação na saúde nos hospitais de ensino etc.), assim, poderá ser apresentado o pleito de valores superiores ao previsto. Sempre que a necessidade de recursos ultrapassar o balizador, esse valor será discutido pela Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde de acordo com critérios a serem estabelecidos e pactuados na CIT; 3) alocar recursos do Ministério da Saúde, na ordem de R\$ 100 milhões e em junho de 2005 novo valor será pactuado, assegurando-se que todos os Pólos tenham a possibilidade de utilizar o saldo das distribuições de recursos financeiros já realizadas; estes valores limitam a distribuição dos recursos para a educação permanente, mas não engessam os Pólos em prazos definitivos; ao longo de todo o período, componentes consensuais podem ser apresentados; os saldos sempre se somarão aos novos valores,

exceto por pactuações posteriores que venham justificar alocações diferenciadas na construção em processo da política; 4) estabelecer como atribuição das equipes matriciais de acompanhamento dos Pólos a avaliação de forma, conteúdo e previsão orçamentária dos projetos para constatar inconsistências ou necessidade de re-acomodação de planos de trabalho e potencialidades solidárias entre os Pólos de acordo com as diretrizes para validação dos projetos; 5) publicar até 31 de agosto de 2004 a portaria nomeando a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde e definir como pontos de pauta: pactuação das diretrizes para a validação de projetos; construção e estabelecimento de critérios técnicos para a distribuição financeira a serem usados no próximo ano e processos de transferência e contratualização eficazes e ágeis; 6) construir condições objetivas para que os Pólos venham configurar instância regular do SUS, agregando os atores da gestão, formação e controle social, bem como construir critérios e possibilidades para a transferência de recursos fundo-a-fundo para os estados e os municípios e para a rede pública de ensino na consolidação de mecanismos regulares de implementação da educação permanente em saúde; 7) construir pactos interestaduais para as localidades em fronteiras interestaduais e, junto ao Sistema Integrado de Saúde do Mercosul (SIS Mercosul), possibilidades de cooperação e desenvolvimento de fronteiras internacionais, construindo ativamente o apoio de estados, uns aos outros; 8) desencadear processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde com caráter de formação em massa para a ampla apropriação de conceitos e processos dessa pedagogia (curso de formação à distância com componentes presenciais para 6 mil profissionais ainda em 2004 e mais 6 mil em 2005). O Conass enumerou alguns itens discutidos na assembléia, que deliberou pela aprovação da proposta do Ministério: considera que o documento faz um reconhecimento da participação das SES na implantação dos Pólos de Educação Permanente; que a área técnica do Ministério em alguns momentos fez intervenções nos estados à revelia das SES; algumas propostas de convênios com municípios já foram enviadas diretamente ao Ministério sem uma discussão prévia com os Pólos e nestas situações é necessário que sejam devolvidas para discussão; é importante a implantação da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde que deverá definir critérios para aprovação dos recursos que a CIT deverá aprovar; assinala ainda que está havendo pouca incorporação dos gestores de pequenos e médios municípios no debate; enfatizou dois problemas: maior agilidade na operacionalização dos projetos dos Pólos com a implantação da transferência fundo a fundo dos recursos para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e para as universidades públicas; urgência na regulamentação do pagamento das horas aula para pessoal com vínculo na rede pública de saúde ou das universidades. O Conasems propôs a aprovação do documento e apresentou considerações sobre a necessidade de iniciativas de implantação de centros de educação permanente em municípios de maior porte ou vinculados a escolas de saúde pública para atuar de forma permanente; evoluir para a construção de planos regionais de educação permanente estadual ou regional, incluindo formação de especialistas, ação voltada para graduação e formação técnica; discussão para definir novas estratégias que gerem grupos de interesse nos Pólos para um debate propositivo sobre graduação, residência médica, saúde da família; necessidade dos três gestores fazerem o alinhamento conceitual sobre educação permanente; abrir um debate nacional para mudança na estrutura legal que trata da formação dos profissionais de saúde, com a apresentação de uma proposta de lei de iniciativa do executivo para regulamentar o inciso 3 do artigo 200 da Constituição, relativo ao ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde; um olhar diferenciado na realização de cursos para a Amazônia pelas dificuldades de participação dos profissionais nos cursos, em vista das grandes distâncias. As propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde foram aprovadas.

A.5 Financiamento de Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids – o tema já foi apresentado em reunião anterior da CIT; foram incorporadas as contribuições do Conass e do Conasems e a portaria foi discutida no GT da Vigilância em Saúde. A proposta de portaria foi aprovada com recursos financeiros da ordem de R\$ 11.967.209,52. Anexo IV.

A. 6 Política de Saúde Auditiva – foi apresentada a seguinte proposta: critérios para organização de redes estaduais: Plano Diretor de Regionalização, cobertura assistencial, distribuição geográfica dos serviços, capacidade técnica e operacional, série histórica de atendimentos realizados levando em conta a demanda, mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência; aumento em 33% dos serviços de atenção integral em 2004, passando de 87 para 116; implantação gradual dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva; acompanhamento e avaliação da implantação da Política em Saúde Auditiva pela Câmara Técnica; revisão dos quantitativos em um ano. O Conasems manifestou preocupação de discutir apenas os procedimentos de saúde auditiva quando

poderiam estar sendo discutidas, numa perspectiva mais ampla, as ações de otorrinolaringologia; propôs que se acrescentasse na proposta de portaria que em noventa dias a saúde auditiva será integrada à política de otorrinolaringologia para evitar que sejam prejudicados os processos de pactuação que estão em andamento com os especialistas, em alguns municípios. O Conass ressaltou as contradições das decisões que estão sendo tomadas para facilitar a gestão, comparadas com a operacionalização das políticas que estão sendo aprovadas, que são burocratizadas e muito detalhadas. Foi proposta a edição de um manual contendo todos os passos para a implantação da política de saúde auditiva, para facilitar o entendimento. Foi aprovada a portaria com a inclusão da proposta do Conasems de acrescentar no texto que em noventa dias o Ministério da Saúde regulamentará os Centros de Referência em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervical e Facial e as ações ambulatoriais de saúde auditiva serão integradas às ações hospitalares de média e alta complexidade.

B. HOMOLOGAÇÃO

B.1 Habilitação de municípios – em função da decisão tomada nesta reunião da CIT, sobre a gestão da atenção básica, a partir desta reunião não serão mais homologadas as habilitações de municípios em gestão plena de atenção básica ampliada. Foi homologada a habilitação dos seguintes municípios em gestão plena de sistema municipal conforme a Noas 2002: Itapuína/CE, Manhuaçu/MG e Breves/PA. A partir da competência setembro estão habilitados conforme a Noas 2002, o total de 210 municípios em GPSM.

B.2 Qualificação de estados e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST – CNDST/AIDS - não foi enviado nenhum pleito novo.

B.3 Certificação de estados e municípios à gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças – a CIT homologou a certificação de 03 municípios para competência setembro. Anexo V.

B.4 Programação pactuada de Vigilância Sanitária – o representante da Anvisa, José Agenor informou que o estado de Rondônia enviou a programação com pequenas pendências e foi aprovado que poderá ser publicada a sua homologação para competência agosto se todas as pendências forem resolvidas até o final do mês, caso contrário deverá ser publicada para a competência setembro.

C. TEMAS PARA APRESENTAÇÃO E DEBATE

C.1 Assistência Farmacêutica Básica – o Dr. Norberto Rech apresentou proposta inicial do módulo de medicamentos para atenção básica, discutida com a equipe do Departamento de Atenção Básica. Pressupostos: perfil epidemiológico; doenças prioritárias; embasamentos técnicos; pactuação entre gestores; preços x recursos orçamentários; impacto do agravo nos custos financeiros do Sistema; diagnóstico situacional; manutenção dos Programas estratégicos. Identificação do medicamento: Denominação Comum Brasileira ou Internacional – DCB ou DCI; nomes comerciais mais comuns; formas farmacêuticas; fornecedores. Classificação farmacológica do produto/Indicações terapêuticas: em função do registro do produto, tanto no Brasil, como aquelas aprovadas em outro país de referência. Biodisponibilidade e farmacocinética: lista de biodisponibilidade por todas as vias e farmacocinética do princípio ativo em todas suas vias. Posologia e administração: em todas as vias e em casos especiais como geriatria ou pediatria. Efeitos adversos e toxicidade, precauções especiais para o uso, comparações: avaliação da utilização do medicamento em comparação com outras terapêuticas semelhantes e o aporte de estudos clínicos relevantes; comparação de custos por tratamento em relação a outros medicamentos. Seleção dos agravos: Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Asma leve e moderada; DST – Infecções oportunistas; Saúde da mulher; Epilepsia. A lista de medicamentos de atenção básica e a proposta inicial de divisão de responsabilidades entre as três esferas estão no Anexo VI. O Conass manifestou surpresa com a apresentação dessa proposta na CIT pois o GT de Assistência Farmacêutica está se reunindo para discutir a proposta de assistência farmacêutica na atenção básica apresentada pelo Conasems; solicitou que esta proposta seja enviada ao GT e se some ao que já estava sendo discutido no Grupo. O Conasems considerou que esta proposta do Ministério da Saúde é diferente da que o Grupo está discutindo e é necessário que o GT se reúna para definir a melhor solução para o assunto. O GT de Assistência Farmacêutica deverá se reunir e o assunto será pautado para discussão na CIT.

C.2 Terapia Nutricional Hospitalar – tendo em vista o adiantado da hora o tema não foi apresentado e será discutido no GT de Atenção à Saúde para ser pactuado na próxima reunião da CIT.

D. INFORMES

D.1 GT de Informação e Informática – o GT se reuniu no dia 06 de agosto para discutir a seguinte pauta: descentralização do SIH/SUS; Cartão Nacional de Saúde; nova versão do SIM, SINASC e SINAN; nova versão do SIGAB e Integrados; já estão marcadas mais três reuniões do Grupo.

D.2 Portaria/GM 1570, 1571 e 1572 sobre Centros de Especialidades Odontológicas – o Secretário de Atenção à Saúde informou que o Conass solicitou oficialmente à SAS ajustes e correções nas portarias referentes à política de saúde bucal e que foi agendada uma reunião para fazer os ajustes necessários.

D.3 Componente 3 do Proesf/DF – foi publicada a Portaria/GM 1706 de 17/08/04 que aprova, habilita e estabelece valores ao DF para participar do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, com a ressalva que o Fundo Nacional de Saúde procederá à transferência dos recursos financeiros após assinatura da Carta de Compromisso entre o MS e o DF e constatação do cumprimento das determinações constantes do Acórdão nº 1146/2003 do Tribunal de Contas da União, pela Comissão Especial constituída pela Portaria/GM 1688 de 13/08/04.

D.4 Terapia Renal Substitutiva – foi realizada reunião para definir o pagamento da competência julho mas os dados ainda não estavam disponíveis; foi marcada nova reunião para o dia 23 de agosto, quando será discutida também a proposta de nova lógica para cálculo do pagamento.

D.5 Código 7 – foi realizada a reunião que estava programada com os representantes do Conass e do Conasems para a elaboração de um histórico e um levantamento da legislação sobre o assunto; está sendo organizada uma agenda para retomar a discussão do tema com os Secretários Executivos do MS e Ministério da Previdência, na tentativa de solução para o passivo existente; estão sendo estudadas as opções de substituição do pagamento nessa modalidade. O Conass reafirmou a preocupação dos secretários estaduais sobre o assunto e ressaltou que deve ser tratado com urgência pois os gestores estão colocando em risco os seus bens pessoais. O Secretário de Atenção à Saúde enfatizou que o pagamento de profissionais pelo código 7 é um risco para os gestores e que não recomenda que assumam este tipo de pagamento, mas que sejam estudadas alternativas para solucionar esta questão. O Conasems informou que vai orientar aos secretários municipais que não assumam mais o código 7 e devolvam a responsabilidade pelo pagamento ao Ministério da Saúde ou passem para as Santas Casas de Misericórdia, se não houver uma atitude solidária por parte do Ministério da Saúde, uma vez que não é um problema isolado de alguns municípios, mas de todos os gestores do SUS. O Grupo vai continuar a discutir o assunto para encontrar soluções e propor na CIT o mais rápido possível.

D.6 Contratação de Agentes Comunitários de Saúde - A Secretária de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde informou que todos os secretários receberam correspondência do MS com cópia do Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta em que o MS se compromete a apresentar ao Ministério Público do Trabalho proposta contendo a solução para fins de regularização dos vínculos empregatícios dos atuais e futuros ACS, negociada com os demais entes federativos, até 30.11.04; se não houver solução até esta data, a transferência dos recursos poderá ser suspensa. O MS já manteve contato com a Frente Nacional de Prefeitos e no dia 02 de setembro haverá uma reunião no Gabinete do Ministro com entidades de representação de prefeitos, Conass Conasems e o Ministério Público. A AGU e a Casa Civil da Presidência da República estão acompanhando esta ação. O Conasems propôs a elaboração de uma lei para regulamentar um plano de carreira para todos os profissionais do SUS.

D.7 Aprovação de projetos nas CIB – o Secretário de Atenção à Saúde solicitou empenho das CIB para que todos os projetos de Pólo de Educação Permanente e de cirurgias eletivas que estão aguardando pauta nas CIB sejam analisados e pautados nas reuniões, para garantir a execução dos projetos e o gasto dos recursos até o final do ano. O Conasems solicitou que seja realizado um levantamento dos gastos dos recursos de mutirões de cirurgias eletivas de média complexidade para verificar a possibilidade de, ainda em 2004, utilizar recursos para a realização de mutirões para cirurgias eletivas de alta complexidade. O Secretário de Atenção à Saúde informou que não está sendo exigida a identificação dos pacientes no Cartão do SUS para cirurgia eletiva e a portaria define que será apenas a partir de dezembro. O balanço dos mutirões de cirurgias eletivas deverá ser pautado na próxima reunião da CIT.

Encerramento - o Conasems solicitou suspender a reunião da CIT do mês de setembro tendo em vista a realização das eleições municipais. Foi aprovada a suspensão da reunião do mês de setembro e a reunião de outubro foi marcada para o dia 14 de outubro, sendo que o Ministério da Saúde foi autorizado a homologar ad referendum da CIT, a habilitação de estados e municípios, neste período.

Anexo I

DOCUMENTO BASE PARA O PROCESSO DE TRABALHO DE DISCUSSÃO E ELABORAÇÃO DE PROPOSTAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PACTO DE GESTÃO

I) APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde organizou no dia 05/08/2004, uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, com objetivo dar início a discussão para a revisão do processo normativo do SUS; e estabelecer as diretrizes, eixos temáticos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de Gestão do SUS. Os participantes dessa oficina foram representantes do CONASS, CONASEMS e do Ministério da Saúde.

Definiu-se nessa oficina que a Câmara Técnica da CIT fará a coordenação dos trabalhos dos Grupos Temáticos da CIT no desenvolvimento dos temas e propostas para a revisão do processo normativo do SUS e formulação de propostas de inovação para a gestão do sistema.

Esse documento base tem por objetivo orientar e definir a sistemática dos trabalhos dos Grupos Temáticos de acordo com os Princípios e Eixos definidos na respectiva oficina.

Foram elencados durante a oficina os seguintes Princípios:

❖ PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

- 1) Construção da Equidade;
- 2) Integralidade da atenção;
- 3) Garantia do Acesso universal do cidadão;
- 4) Participação Social e controle público do sistema.

❖ PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS e OPERACIONAIS

- 1) Organização do sistema pela lógica da necessidade;
- 2) Descentralização com Direção Única;
- 3) Hierarquização e Regionalização Cooperativa;
- 4) Financiamento e alocação de recursos na lógica da necessidade.

II) INTRODUÇÃO

O pacto primordial pela Saúde da população brasileira está consolidado no texto constitucional e regulamentado na legislação sanitária do país.

Decorridos quase 15 anos de instituição formal e construção permanente do SUS, o gradual processo de descentralização das políticas de saúde, ainda em curso, denota um saldo muito positivo. Apesar de diversas conjunturas desfavoráveis, notadamente dos percalços ou contingências de ordem financeira e da indefinição de um marco regulatório mais adequado às novas condições de gestão, o processo de descentralização intergovernamental tem avançado bastante. Principalmente, no que se refere ao aumento progressivo de transferências financeiras intergovernamentais automáticas, na ampliação da oferta e cobertura de serviços sob gestão municipal, no incremento e consolidação do processo permanente de negociação e pactuação intergestores, numa maior transparência e democratização na gestão pública dos sistemas de serviços de saúde.

Entretanto, persistem algumas dificuldades para a consolidação e qualificação deste processo de descentralização no campo da gestão pública em Saúde. Tais dificuldades podem ser reportadas a uma série de fatores conjugados, particularmente referidos a: escassez crônica de recursos para o setor; ausência de definição sobre responsabilidades sanitárias; persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões, e estados; inadequação dos mecanismos e instrumentos regulatórios existentes; condução normativa excessivamente rígida e burocrática; ordenação institucional compartimentalizada e fragmentada; debilidade e desintegração das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação; desintegração e fragmentação dos sistemas de informação em Saúde; financiamento e organização

enfocados excessivamente na oferta e na dimensão assistencial dos serviços; indefinição de meios e modos para a gestão de políticas de saúde no âmbito regional, entre outros.

Em seu percurso o SUS vai adquirindo uma natureza cada vez mais complexa, que está sempre a exigir permanentes estratégias intergovernamentais de mediação e gestão cooperativa, além de um arranjo organizacional condizente com as distintas realidades e necessidades do país.

Quando considerado o contexto diverso, plural e heterogêneo das situações e serviços de saúde no Brasil, se consideradas as inúmeras contingências de ordem econômica e organizacional; há que se reconhecer às restrições da atual configuração normativa do SUS, no que se refere às possibilidades de superação de impasses e dificuldades característicos ao campo da gestão pública em Saúde. Tal reconhecimento implica em compartilhar responsabilidades quanto aos desafios de inovação numa conjuntura política oportuna, quando se alinham e se conjugam os interesses e esforços de governo para a consolidação do SUS.

Para tanto, deve-se ter como objetivo imediato à qualificação dos processos de gestão do SUS, tanto no âmbito de cada esfera de governo como nas relações intergovernamentais.

Deve-se constituir uma agenda de decisões tripartite que possibilite a efetivação de acordos entre os entes federados para a reforma de alguns aspectos da institucionalidade vigente e promova inovações em alguns processos e instrumentos de gestão. Tal pactuação deve ter como finalidade à qualificação da gestão pública do SUS, melhorando a efetividade, a eficiência e a qualidade de suas respostas. Tornando-se imprescindível a definição e explicitação das responsabilidades sanitárias de cada ente governamental, de cada sistema e serviço; de modo a se produzir ações integrais de saúde em função das necessidades populacionais e em razão da equidade social.

Sendo assim, os Eixos Temáticos deste Pacto de Gestão devem contemplar uma redefinição consensual sobre:

- Responsabilidade Sanitária de governo, de gestão e de respostas dos sistemas e serviços de saúde e Organização da Atenção;
- Regionalização;
- Financiamento;
- Planejamento, Programação e Avaliação;
- Regulação e Normalização do Sistema;
- Participação Social e Controle Público do Sistema;
- Gestão do Trabalho em Saúde.

III) EIXOS TEMÁTICOS

De forma a organizar o processo de trabalho apresentamos a seguir os Eixos Temáticos, seus componentes e o respectivo Grupo de Trabalho que desenvolverá o processo de discussão e elaboração das propostas.

Convém salientar que os temas apontados em cada eixo são indicativos, devendo o grupo no processo de discussão identificar outros temas que porventura tenham interface com o mesmo.

1. Responsabilidade Sanitária de governo, de gestão e de respostas dos sistemas e serviços de saúde e Organização da Atenção – GT Gestão, GT Atenção à Saúde e GT Vigilância à Saúde.

- Superar o atual processo de habilitação por um processo de adesão dos gestores a pactos com metas e resultados a partir da definição das responsabilidades;
- Organizar a assistência na lógica da necessidade e não da oferta;
- Incremento e Qualificação da atenção básica;
- Qualificação e Humanização da atenção à saúde;
- Instituir políticas de Promoção à Saúde;
- Integração das Ações (epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental e as ações de assistência).

2. Regionalização – GT Gestão do SUS/Atenção à Saúde

- Instituir sistemas regionais de saúde como espaços de gestão, pactuação e orçamentação;
- Constituir espaços deliberativos regionais,
- Reexaminar os mecanismos de regionalização, e definir e reavaliar os instrumentos e mecanismos da regionalização (PDR, PPI, PDI),

- Definir estruturas para atender a lógica de planejamento e programação regional.

3. Financiamento – GT Financiamento, Orçamento e Alocação de Recursos

- Co-financiamento;
- Alocação e transferência de recursos, (o recurso segue o cidadão);
- Desvincular a transferência de recursos de programas, e ações programáticas específicas;
- Vincular a transferência de recursos aos planos regionais de saúde;
- Definir formas de pagamento.

4. Planejamento, programação e avaliação – GT Gestão do SUS/Atenção á Saúde

- Definir os instrumentos e processos;
- Integrar os instrumentos;
- Institucionalizar o processo de avaliação do sistema;
- Câmaras de compensação intermunicipal e interestadual;
- Regulação;
- Propor planos regionais.

5. Regulação e Normalização do Sistema – GT Gestão do SUS/Atenção á Saúde

- Revisar o marco e a sistemática da regulação do sistema;
- Incremento e qualificação das políticas de desenvolvimento e distribuição de tecnologias compatíveis com as necessidades.

6. Participação Social e Controle Público do Sistema

7. Gestão do Trabalho em Saúde

IV) METODOLOGIA de TRABALHO DOS GRUPOS TEMÁTICOS DA CIT

Quanto à elaboração da nova normativa do SUS, “Pacto de Gestão” deve ser sábia, simples e flexível para atender a diversidade do Brasil. Deve definir principalmente as diretrizes e princípios, contemplar as características de porte de municípios, flexibilizar os processos de pactuação.

PRODUTOS

Para cada um destes Eixos, devem ser definidos:

- Objeto da pactuação – em que consiste;
- Metas de produtos e resultados - quantitativos e qualitativos - aonde chegar e quando;
- Estratégias gerais de implantação - como chegar aos produtos e resultados esperados - com flexibilidade capaz de contemplar estratégias locais e regionais;
- Responsabilidades das três esferas: em relação ao financiamento; aos papéis relativos a regulação, planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação;
- Instrumentos relativos à execução dos projetos e ações previstas, bem como seu acompanhamento e avaliação.

Os produtos dos GT deverão ser encaminhados para a CT – CIT e todos os encaminhamentos devem ser discutidos nas respectivas assembléias do CONASS, CONASEMS E Colegiado do MS.

V) CRONOGRAMA DAS REUNIÕES

A ser definido pelos Grupos de Trabalho com acompanhamento da Câmara Técnica da CIT, observado o cronograma proposto na Agenda “Pacto de Gestão”.

Anexo II

PORTARIA Nº /GM Em de de 2004

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando:
a alínea VII do artigo 30 da Constituição Federal que define como competência dos municípios prestar serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado;

as exigências do artigo 4º da Lei 8142 de 28/12/90 que define os requisitos que os municípios, estados e Distrito Federal devem atender para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde de forma regular e automática;

a Portaria/GM 1882 de 18/12/97 que estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB;

a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 2002;

a decisão da Comissão Intergestores Tripartite na reunião do dia 19 de agosto de 2004;

a decisão do Conselho Nacional de Saúde em reunião do diaresolve:

Art. 1º. Definir que os municípios e o Distrito Federal são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, conforme o Anexo desta Portaria, sem prejuízo das competências definidas na Lei 8080/90.

Art. 2º Cessar o processo de habilitação de municípios em Gestão Plena de Atenção Básica – GPAB e Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM conforme a NOB SUS 01/96 e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPAB-A conforme a NOAS SUS 2002.

Art. 3º Extinguir a condição de Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada conferida aos municípios que cumpriram os requisitos da NOB SUS 01/96 e da NOAS SUS 2002 para habilitação nestas formas de gestão.

§ 1º Os municípios até esta data habilitados nas condições de gestão mencionadas neste artigo, bem como os municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal conforme a NOB SUS 01/96 e NOAS SUS 2002, continuarão exercendo as atribuições de gestores responsáveis pela execução das ações de atenção básica no seu território, de acordo com o estabelecido no artigo 1º desta Portaria.

§ 2º Fica revogada a exigência de habilitação dos municípios em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada dos requisitos para a qualificação de regiões/microrregiões, constantes no Anexo 7 da NOAS SUS 2002.

§ 3º Fica revogada a exigência de habilitação dos municípios em qualquer condição de gestão para o recebimento dos recursos do PAB variável ou de outros incentivos, exceto no caso daqueles que ainda não recebem recursos financeiros fundo a fundo para a atenção básica.

Art. 4º Estabelecer como a única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema Municipal.

Parágrafo Único. Os pleitos de habilitação na modalidade de gestão de que trata este artigo deverão observar as determinações da NOAS SUS 2002.

Art. 5º Definir que a parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB, passa a ser uma das modalidades de financiamento do conjunto dos serviços, programas e ações da atenção básica à saúde.

§ 1º A parte fixa do PAB será obtida pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município.

§ 2º Os estados e municípios também devem assegurar o aporte regular de recursos financeiros para a atenção básica uma vez que o financiamento do SUS é responsabilidade das três esferas de governo.

§ 3º Os Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

§ 4º A transferência dos recursos da parte fixa do PAB, de forma regular e automática aos municípios e ao Distrito Federal, está condicionada à alimentação regular dos bancos de dados nacionais.

§ 5º Os valores referentes ao PAB serão transferidos, em caráter transitório, aos Fundos Estaduais de Saúde, exclusivamente para a cobertura da população residente em municípios que ainda não recebem recursos financeiros Fundo a Fundo para a atenção básica à saúde.

Art. 6º Definir que os Municípios que ainda não recebem recursos financeiros fundo a fundo para a atenção básica à saúde, situados nos estados do Acre, Amapá, Maranhão, Minas Gerais e São Paulo, terão um prazo de cento e oitenta dias a contar da publicação desta Portaria para assumirem a gestão das ações e serviços de atenção básica em seu território.

§ 1º As Secretarias Estaduais de Saúde dos estados referidos neste artigo deverão prestar apoio técnico a esses municípios para o aperfeiçoamento de sua atuação na área da saúde, visando a descentralização.

§ 2º As Comissões Intergestores Bipartite dos referidos estados, com base em relatório técnico da Secretaria Estadual de Saúde, deverão atestar que os municípios referidos neste artigo estão aptos a assumir as responsabilidades de gestão do sistema municipal de saúde para execução das ações de atenção básica, descritas no Anexo desta portaria.

§ 3º Esgotado o prazo estabelecido neste artigo, e após parecer das Comissões Intergestores Bipartite dos estados envolvidos e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, o Ministério da Saúde encaminhará ao Ministério Público a relação dos municípios que não assumiram as ações previstas no Anexo desta Portaria, para providências.

Art. 7º Revogar a modalidade de transferência Fundo a Fundo de recursos financeiros designada Piso da Atenção Básica Ampliada a partir da competência setembro de 2004, aos municípios que se habilitaram conforme as NOAS 2001 e 2002 e ao Distrito Federal.

Art. 8º O Ministério da Saúde publicará portaria, no prazo de 90 dias, definindo o instrumento de responsabilização dos gestores na gestão e execução da atenção básica, os mecanismos e instrumentos de monitoramento e avaliação por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, bem como as sanções cabíveis em caso de descumprimento das respectivas responsabilidades.

§1º O instrumento citado neste artigo, deve ser elaborado e pactuado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite.

§2º As Secretarias Estaduais de Saúde em conjunto com os municípios, por meio da respectiva Comissão Intergestores Bipartite, firmarão em 90 dias após a publicação da portaria citada neste artigo, o referido instrumento definindo as metas anuais a serem alcançadas pelos municípios, de acordo com o respectivo Pacto de Indicadores.

§3º As Secretarias Estaduais de Saúde deverão, a partir de 2006 e até o mês de março, avaliar anualmente o cumprimento das metas estabelecidas para o ano anterior, de acordo com o parágrafo segundo deste artigo.

§4º As Comissões Intergestores Bipartite deverão, a partir de 2006, encaminhar para a Comissão Intergestores Tripartite, até o mês de abril de cada ano, a relação dos municípios que não cumpriram as metas pactuadas para o ano anterior, nos termos do parágrafo segundo deste artigo, para definição das providências ou sanções cabíveis.

Art. 9º Definir como atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde:

- I – apoiar política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios;
- II - promover cooperação técnica com os municípios, com orientação para organização dos serviços de atenção básica que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
- III - promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos na atenção básica, com ênfase em educação permanente e no assessoramento aos municípios nas questões legais de contratação de pessoal;
- IV - realizar o acompanhamento e avaliação da atenção básica, em seu território.

Art. 10 Estabelecer que os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas se for comprovado o não cumprimento das responsabilidades definidas no Anexo desta Portaria, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, tais como:

- I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;
- II - instauração de tomada de contas especial;
- III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;
- IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;
- V - comunicação à Câmara Municipal.

Art. 11 Tornar sem efeito:

- I - os seguintes itens da NOB SUS 01/96:
 - a) 15, 15.1, 15.1.1, 15.1.2, 15.1.3 que tratam da habilitação de municípios em Gestão Plena de Atenção Básica;
 - b) 15.2.2 que trata dos requisitos para habilitação de municípios em Gestão Plena de Sistema Municipal;

II – todas as referências contidas no texto da NOAS SUS 2002 a “municípios habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada ou GPAB-A”, que são substituídas pelo termo “municípios”;

III - os seguintes itens da NOAS SUS 2002:

a) os itens 7, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6 que tratam dos procedimentos que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada e o seu financiamento;

b) os itens 53, 53.1, 53.2, 53.3, 54, 54.1, 54.2, 54.3, 60, 61.1 do Capítulo III, publicado pela Portaria/GM 384 de 04/04/03, que tratam das condições de gestão dos municípios, da habilitação em GPAB-A e da desabilitação de municípios em GPAB-A;

c) o Anexo 2 que trata do elenco de procedimentos da atenção básica;

IV – os seguintes itens da Instrução Normativa nº 1 de 2003, anexa à Portaria/GM 385 de 04/04/03:

a) o item I parágrafo único do artigo 2º; os artigos 4º, 5º, 6º e seus parágrafos, que tratam das etapas e trâmites para habilitação de municípios em GPAB-A;

b) o artigo 17, o item I do artigo 18 e o § 1º do artigo 18, que tratam da desabilitação de municípios em GPAB-A e em GPSM;

c) o Anexo que trata da sistematização do processo de habilitação de municípios em GPAB-A;

d) o Termo de Habilitação 1;

V - a Portaria/GM 398 de 04/04/03 que fixa o valor do PAB-A e define o elenco de procedimentos financiados pelo PAB-A;

VI – os seguintes artigos da Portaria 1882 de 18/12/97:

a) o artigo 4º relativo à parte fixa do PAB;

b) os parágrafos 1º e 2º do artigo 4º, relativos às ações custeadas pela parte fixa do PAB.

VII – a Portaria/1433 de 14/07/04 que redefine critérios de avaliação para habilitação de municípios em GPAB-A e GPSM

Art. 12 Alterar a redação:

I - do artigo 2º da Portaria/GM 1882 de 18/12/97, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 2º O PAB é composto de uma parte fixa e de uma parte variável que, juntamente com outras modalidades de financiamento, custeará a atenção básica.

II – do item 61 da NOAS SUS 2002 que passa a vigorar com a seguinte redação:

61. Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal estarão passíveis de desabilitação quando:

a) não cumprirem as responsabilidades de gestores do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica;

b) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:

- cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

- disponibilidade do conjunto de serviços do M1;

- atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI.

- comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território.

c) não cumprirem as metas de cobertura vacinal para avaliação da atenção básica;

d) não cumprirem os demais critérios de avaliação da atenção básica, para manutenção da condição de gestão;

e) não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;

f) apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do Sistema Nacional de Auditoria.

g) apresentarem situação irregular na alimentação dos bancos de dados nacionais, por dois meses consecutivos ou três meses alternados;

Art. 13 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de setembro de 2004.

HUMBERTO COSTA

ANEXO
RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS E DO DISTRITO FEDERAL NA GESTÃO E
EXECUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

- a) Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos na atenção básica, com território adscrito, viabilizando o planejamento, a programação e a atenção à saúde descentralizados.
- b) Garantia da integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar e social, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência e reabilitação, assegurando atendimento às urgências médicas e odontológicas.
- c) Humanização do atendimento com o desenvolvimento de responsabilização e vínculo das equipes com a população adscrita, com estímulo ao autocuidado dos indivíduos e famílias;
- d) Valorização dos profissionais de saúde por meio da garantia de qualificação e da educação permanente.
- e) Estímulo à organização e participação popular e ao controle social na gestão dos serviços, democratizando o conhecimento do processo saúde-doença e do sistema de saúde.
- f) Execução das ações básicas de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes.
- g) Trabalho intersetorial visando integrar projetos sociais voltados para a promoção da saúde;
- h) Promoção da equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, buscando adequar a oferta às necessidades como princípio de justiça social, ampliando o acesso de populações em situação de desigualdade respeitadas as diversidades locais.
- i) Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, e na melhoria da qualidade de vida.
- j) Assegurar os processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema.
- k) Gerência de unidades ambulatoriais próprias e das transferidas pelo estado ou pela União.
- l) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- m) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI.
- n) Desenvolvimento das atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- o) Operação do SIA/SUS e o SIAB conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação regular junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.
- p) Autorização, conforme definição da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- q) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do Ministério da Saúde.
- r) Firmar o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica com o estado;
- s) Realização de avaliação permanente das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente, incluindo o cumprimento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.
- t) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.
- u) Elaboração do Relatório de Gestão anual a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.
- v) Organização e gerenciamento do Fundo Municipal de Saúde.
- w) Garantia da estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, incluindo posto de coleta laboratorial de acordo com as normas técnicas do Ministério da Saúde.

Anexo III

PORTARIA Nº /GM Em de de 2004

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando que as ações de atenção básica devem ser desenvolvidas por todos os municípios como um componente essencial para a garantia de acesso a serviços de saúde qualificados; a necessidade de atualização dos valores do Piso da Atenção Básica visando impulsionar mudanças na organização da atenção básica no país;

a Portaria/GM nº que trata do Piso da Atenção Básica e das responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal na gestão e execução das ações de atenção básica à saúde;

a decisão da Comissão Intergestores Tripartite em reunião do dia

a decisão do Conselho Nacional de Saúde em reunião do dia, resolve:

Art. 1º Fixar em R\$ 13,00 (treze reais) por habitante ao ano o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica - PAB e em R\$ 18,00 (dezoito reais) 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.

Parágrafo Único. Será mantido o valor per capita dos municípios que recebem atualmente PAB ou Piso de Atenção Básica Ampliada – PAB-A, superior a R\$ 13,00 (treze reais).

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria, correm por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho - 10.846.1214.0587 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de setembro de 2004.

HUMBERTO COSTA

Anexo IV

Portaria n.º , de 2004.

Dispõe sobre as normas relativas aos recursos adicionais destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, qualificados para o recebimento de Incentivo para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/aids.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, **considerando:**

A Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002, que institui o Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de DST/aids da Secretaria de Vigilância em Saúde (PN-DST/aids), e aprova as normas relativas a este;

A importância da participação e parceria da sociedade civil organizada e de instituições não governamentais no acompanhamento, atenção, promoção à saúde e reintegração social e familiar das pessoas vivendo com HIV/aids;

O trabalho que vem sendo desenvolvido pelas Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/aids, acolhendo-os temporariamente, apoiando-os e orientando-os quanto aos cuidados à saúde, promovendo a adesão e uso correto dos medicamentos, bem como o fortalecimento dos seus laços sociais e familiares, reintegrando-os a sociedade;

RESOLVE:

Art. 1º Instituir recursos adicionais ao Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, instituído pela portaria GM nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002, destinados ao financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos por parte de Estados, Distrito Federal e Municípios qualificados para o recebimento do incentivo.

Art. 2º Estabelecer normas para o pleito de recursos adicionais para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos por parte de Estados, Distrito Federal e Municípios qualificados para o recebimento do incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/aids/SVS, instituído pela Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002.

Art 3º Para pleitear os recursos adicionais de que trata esta Portaria, os Estados e o Distrito Federal deverão elaborar uma Proposta Estadual para o financiamento de Casas de Apoio localizadas no seu território, na qual deverão explicitar o tipo de Casa de Apoio e o número correspondente de acomodações que estarão sob gestão do Estado e de cada um dos Municípios, além dos mecanismos de referência e contra-referência entre as Casas de Apoio participantes da proposta e a Rede instalada de serviços de saúde, de acordo com os artigos 9º e 10º e orientações contidas nos Anexos desta portaria, disponibilizados por meio eletrônico no endereço: www.aids.gov.br.

§ 1º - A Proposta Estadual de Casas de Apoio deverá ser apresentada à respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo de até 120 dias a partir da data de publicação desta Portaria. Decorrido este prazo, não ocorrendo a apresentação, os municípios que possuem Casa(s) de Apoio objeto desta Portaria, poderão encaminhar seus pleitos diretamente à respectiva CIB.

§ 2º - A Proposta Estadual deverá ser revisada anualmente e encaminhada para pactuação na respectiva CIB.

Art 4º Com base na Proposta elaborada, utilizando-se dos valores fixados por acomodação/mês, constante do parágrafo 1º do artigo 6º, deverão ser definidos os valores destinados ao Estado e a cada Município sob gestão dos quais estarão as Casas de Apoio participantes da Proposta e as acomodações correspondentes, respeitando os valores máximos de referência definidos para cada Unidade Federada, constante da tabela anexa a esta Portaria.

Art. 5º São consideradas Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/aids, as pessoas jurídicas de direito público e privado, organizadas sem fins lucrativos, legalmente constituídas, sem qualquer vínculo com empresas privadas prestadoras de serviços de saúde, que realizam serviços de cunho social e que aceitam disponibilizar aos usuários do SUS, suas instalações para acomodação de caráter temporário ou de longa duração, desenvolvendo atividades de promoção à saúde, orientação, adesão e cuidado ao tratamento, reinserção social e familiar

§ 1º As instituições objeto desta portaria devem estar devidamente registradas perante o Cartório de Registros Públicos de acordo com a legislação em vigor, apresentando Regimento Interno do estabelecimento que contemple critérios para desenvolver as ações de apoio e atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV/aids e garantia e respeito aos direitos humanos e as liberdades e garantias individuais.

§ 2º As instituições objeto desta portaria devem ser dotadas de ambientes físicos em condições de higiene e instalações com grau de salubridade e nível de segurança que não coloque em risco os usuários.

§ 3º As instituições devem, ainda, dispor de funcionários próprios e/ou voluntários em período integral para desenvolver atividades de apoio a promoção a reinserção social, familiar e ao mercado de trabalho.

§ 4º As atividades de apoio à atenção à saúde de adultos vivendo com HIV/aids por parte das Casas de Apoio, é definida como cuidados gerais, resguardados o sigilo e a dignidade das pessoas vivendo com HIV/aids, compreendendo:

- I – orientação para a promoção à saúde e prevenção de infecções por DST/aids e outras doenças infecciosas;
- II – estímulo ao processo de adesão ao tratamento;
- III - desenvolvimento de cuidados pessoais;
- IV - promoção do acesso aos serviços de saúde e de proteção aos direitos humanos;
- V - promoção de atividades profissionalizantes e / ou de geração de renda;
- VI – fornecimento de alimentação adequada;
- VII – realização de atividades lúdicas, de lazer e sócio terapêuticas;
- VIII – promoção, manutenção e recuperação da autonomia dos indivíduos e restabelecimento dos vínculos familiares e sociais.

§ 5º O objetivo das Casas de Apoio deve pautar-se pela reintegração das pessoas no seu núcleo familiar e na comunidade e, ainda, a retomada ou o início do desenvolvimento de atividades laborais, contando com a rede de apoio social local.

§ 6º Essas instituições de promoção social que desenvolvem atividades complementares ao tratamento terapêutico e de promoção à saúde, articulam-se à rede do Sistema Único de Saúde - SUS, respeitando as diretrizes estabelecidas pelos gestores locais.

- I - Os gestores estaduais e ou municipais disponibilizarão aos funcionários ou voluntários das casas de apoio, cursos de capacitação e aprimoramento, quando necessário, de acordo com o conhecimento técnico e científico atualizado.

§ 7º As casas de apoio para adultos vivendo com HIV/aids, objeto desta Portaria, são classificadas da seguinte forma:

- I - **Casa de Apoio Tipo 1** São residências inseridas na comunidade, que funcionam como estrutura de suporte de acolhimento temporário ou de longa duração, para abrigar adultos assintomáticos do HIV ou que apresentem os primeiros sinais e sintomas da AIDS, com necessidade de apoio psicossocial, acomodação, cuidados com alimentação e acompanhamento para adesão ao tratamento.

Disponibilizam suas acomodações de acordo com necessidade definida pelo gestor local para os usuários do SUS e funcionam em caráter permanente, inclusive nos finais de semana, oferecendo no mínimo 04 refeições ao dia.

Atendem prioritariamente um perfil de usuários que apresentam condições para a prática de atividades educativas e profissionalizantes e que possuem vínculos familiares e sociais fragilizados, necessitando de promoção à sua reinserção no ambiente familiar e social para eventual retorno à sua moradia permanente.

II - **Casa de Apoio tipo 2** – São residências inseridas na comunidade que funcionam como estrutura de suporte de acolhimento temporário ou de longa duração, para abrigar adultos que apresentam sintomatologia da AIDS, maior grau de dependência para realizar atividades e cuidados da vida diária necessitando cuidados especiais, porém, não exigindo equipamentos para a manutenção de funções vitais ou de assistência de enfermagem ou médica de caráter contínuo.

Disponibilizam acomodações para os usuários do SUS, de acordo com a necessidade definida pelo gestor local, que funcionam em caráter permanente, inclusive nos finais de semana, oferecendo no mínimo 05 refeições ao dia.

Possuem camas Fowler, cadeiras de rodas e cadeiras para higiene em no mínimo 50% (cinquenta por cento) das suas acomodações, possuem pessoal de apoio (contratados ou voluntários) nas 24 horas, garantem serviço de transporte para fins de traslado do usuário aos locais de seus respectivos atendimentos médicos;

Atendem prioritariamente aos usuários dos SUS que receberam alta hospitalar ou qualquer intervenção terapêutica e que se encontram clinicamente em período de recuperação física e social.

Art. 6º Para estabelecer o total de recursos a serem repassados para Estados, Distrito Federal e Municípios para as Casas de Apoio, serão levados a efeito o número de acomodações destinadas ao acolhimento e apoio à atenção à saúde para adultos portadores de HIV/aids, explicitado na Proposta Estadual de Casas de Apoio, respeitando os valores máximos definidos para cada Unidade da Federação.

§ 1º - É fixado o valor de R\$200,00 por acomodação/mês para Casas de Apoio do Tipo 1 e o valor de R\$350,00 acomodação/mês para Casas de Apoio do Tipo 2.

§2º - Os valores serão repassado pelo Governo Federal a Estados, Municípios e Distrito Federal, qualificados previamente para recebimento do Incentivo de acordo com a Proposta Estadual de Casas de Apoio aprovada na respectiva Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 7º Os recursos financeiros de que trata a presente Portaria são complementares aos recursos de outras fontes que os estabelecimentos eventualmente já percebam.

§ 1º - Os recursos financeiros estarão vinculados à Proposta Estadual de Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/aids, respeitando prazos, instrumentos de repasse de recursos financeiros e de acompanhamento e avaliação, e devem ser utilizados para aperfeiçoar a capacidade organizacional e de resposta das Casas de Apoio.

§ 2º - Os valores de referencia máximos a serem transferidos para cada unidade da federação encontram-se disponibilizados na tabela anexa e no endereço eletrônico www.aids.gov.br

Art. 8º Caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, a responsabilidade pelo repasse dos recursos financeiros aos Fundos de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, em conformidade com a Proposta Estadual de Casas de Apoio pactuada na respectiva Comissão Intergestores Bipartite.

§ 1º Os recursos financeiros serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos, devendo ser utilizada a mesma conta do pleiteante, correspondente aos recursos recebidos pelo incentivo previsto na Portaria nº 2.313 de 19 de dezembro de 2002.

§ 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para transferência, regular e automática, para os respectivos Fundos de Saúde, observando a comprovação da aplicação dos recursos.

Art. 9º Às Secretarias Estaduais de Saúde compete:

§ 1º Providenciar, em conjunto com os Municípios, a elaboração da Proposta Estadual de Casas de Apoio com documento identificando total de acomodações a serem disponibilizadas ao SUS,

conforme formulário específico encontrado no endereço eletrônico www.aids.gov.br, providenciando a sua pactuação na Comissão Intergestores Bipartite encaminhando-o ao Programa Nacional de DST/aids/SVS;

§ 2º Pleitear os recursos correspondentes às Casas de Apoio localizadas nos Municípios não qualificados ao Incentivo, ou naqueles Municípios qualificados, mas que no momento da elaboração da proposta não manifestarem interesse no pleito.

§ 3º Estabelecer instrumentos e mecanismos de repasse dos recursos financeiros e de acompanhamento para as Casas de Apoio, incluindo o estabelecimento de referência e contra-referência com a rede SUS, identificadas na Proposta Estadual e sob a sua responsabilidade gestora;

§ 4º Propor normas e instruções complementares, sempre que se fizer necessário.

Art. 10 - Às Secretarias Municipais de Saúde Compete:

§ 1º Providenciar em conjunto com o Estado, Proposta Estadual de Casas de Apoio e o respectivo total de acomodações, conforme formulário específico disponibilizado pelo Programa Nacional de DST/aids/SVS no endereço eletrônico www.aids.gov.br ;

§ 2º Estabelecer instrumentos e mecanismos de repasse dos recursos financeiros e de acompanhamento para as Casas de Apoio, incluindo o estabelecimento de referência e contra-referência com a rede SUS, identificada na Proposta Estadual e sob a sua responsabilidade gestora;

§ 3º Propor normas e instruções complementares, sempre que se fizer necessário.

Art. 11 Das responsabilidades, Requisitos e Prerrogativas dos Estados, Distrito Federal e Municípios:

§ 1º Das Responsabilidades:

I - Acompanhar, monitorar e avaliar as ações de apoio e atenção à saúde e demais atividades e serviços complementares desenvolvidos pelas Casas de Apoio, objeto deste financiamento;

II - Manter atualizadas as informações sobre o número de adultos vivendo com HIV/aids que se utiliza das casas de apoio sob sua gestão;

III - O Estado deverá definir e implementar, em conjunto com os demais Municípios da região, metodologia eficaz de identificação de acomodações para encaminhamento de clientela referenciada, quando necessário, responsabilizando-se pelo acompanhamento dos casos referenciados, de acordo com as responsabilidades de controle e avaliação assumidas no âmbito do modelo de gestão do SUS;

IV – Tratando-se de recurso do incentivo, os Município e Estados qualificados deverão programar a utilização dos mesmos nos seus Planos de Ações e Metas.

§ 2º Dos Requisitos:

I - Estar qualificado para o recebimento do Incentivo instituído no âmbito do Programa Nacional de HIV/aids/SVS pela Portaria n.º 2.313/GM, de 19 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União n.º 55, de 20 de março de 2003, Seção1, pág. 25;

II - Formalizar a solicitação e apresentar a Proposta Estadual de Casas de Apoio homologada pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 12 Caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/aids da Secretaria de Vigilância em Saúde:

I - Avaliar as Propostas Estaduais, bem como prestar assessoria para desenvolvimento das mesmas;

II - Homologar na Comissão Intergestores Tripartite as Propostas aprovadas;

III - Monitorar e avaliar o alcance dos objetivos propostos para o financiamento das Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids;

IV - Propor normas e instruções complementares, sempre que se fizer necessário;

V - Encaminhar ao Fundo Nacional de Saúde a solicitação de Transferência referente ao mês de competência.

Art. 13 Para efeito de verificação da aplicação dos recursos, serão utilizadas planilhas de prestação de contas, conforme modelos indicados nos Anexos IV e V disponibilizados no endereço eletrônico www.aids.gov.br.

I - Caso seja observada qualquer irregularidade, o Ministério da Saúde, por meio do PN DST/aids/SVS deverá solicitar a respectiva Comissão Intergestores Bipartite que proceda a avaliação e emita, no prazo máximo de 30 dias da data de recebimento, relatório com parecer conclusivo;

II - Se houver a comprovação do uso dos recursos adicionais em desacordo com o objeto da presente portaria, a Secretaria de Saúde responsável estará obrigada a devolver os recursos correspondentes ao valor utilizado em desacordo, acrescido do eventual saldo existente à época, através de código específico orientado pelo Fundo Nacional de Saúde, devendo ser suspenso o repasse de outras parcelas;

III – Não se poderá financiar simultaneamente uma mesma Casa de Apoio, por parte de Estados e Municípios.

Art. 14 Os casos omissos serão decididos pelo Programa Nacional de DST/aids/SVS em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Art. 15 Os recursos orçamentários objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o seguinte Programa de Trabalho: 10.845.1306.0214 – Incentivo Financeiro a Estados e Municípios para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Art. 16 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXOS

ANEXO I – TABELA DE VALORES DE REFERÊNCIA MÁXIMOS POR UNIDADE FEDERATIVA:

Será inserida a tabela com os valores constantes do cenário que for pactuado na cit, dentre os cinco possíveis.

ANEXO II – PROPOSTA ESTADUAL DE CASAS DE APOIO PARA ADULTOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS:

ANEXO III – TERMO DE ADESÃO:

ANEXO IV – Planilha de Prestação de Contas:

ANEXO V– Planilha de Prestação de Contas

Os Anexos II, III, IV e V estarão disponíveis no site www.aids.gov.br, conforme disposto na própria Minuta de Portaria.

**Financiamento de Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids
Valores de Referência por Unidade da Federação (em milhões de Reais)**

| | Cenário 1 | Cenário 2 | Cenário 3 | Cenário 4 | Cenário 5 |
|---------------------|---------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------|---|
| | Incentivo Original | Incentivo Atual | Acomodações Existentes | Corrigido entre Cenários 2 e 3 | Corrigido Maior Valor entre Cenários 1, 2 e 3 |
| ACRE | 31.551,15 | 37.279,24 | 9.600,00 | 37.279,24 | 37.279,24 |
| ALAGOAS | 82.706,72 | 98.506,98 | 50.400,00 | 98.506,98 | 98.506,98 |
| AMAPÁ | 44.870,99 | 53.017,30 | 12.000,00 | 53.017,30 | 53.017,30 |
| AMAZONAS | 118.136,31 | 139.583,91 | 48.000,00 | 139.583,91 | 139.583,91 |
| BAHIA | 434.664,36 | 514.582,78 | 196.800,00 | 514.582,78 | 514.582,78 |
| CEARÁ | 250.497,09 | 296.652,99 | 340.800,00 | 340.800,00 | 340.800,00 |
| DISTRITO FEDERAL | 128.317,41 | 113.995,03 | 249.600,00 | 249.600,00 | 249.600,00 |
| ESPÍRITO SANTO | 211.520,13 | 195.432,63 | 280.800,00 | 280.800,00 | 280.800,00 |
| GOIÁS | 232.175,95 | 214.104,34 | 194.400,00 | 214.104,34 | 232.175,95 |
| MARANHÃO | 164.248,38 | 196.925,43 | 76.800,00 | 196.925,43 | 196.925,43 |
| MATO GROSSO | 152.207,60 | 153.686,38 | 595.200,00 | 595.200,00 | 595.200,00 |
| MATO GROSSO DO SUL | 195.090,38 | 179.892,29 | 548.400,00 | 548.400,00 | 548.400,00 |
| MINAS GERAIS | 798.209,32 | 765.600,89 | 144.000,00 | 765.600,89 | 798.209,32 |
| PARÁ | 161.732,50 | 192.664,73 | 52.800,00 | 192.664,73 | 192.664,73 |
| PARAÍBA | 121.529,37 | 145.947,62 | 67.200,00 | 145.947,62 | 145.947,62 |
| PARANÁ | 527.581,10 | 503.884,03 | 1.390.800,00 | 1.390.800,00 | 1.390.800,00 |
| PERNAMBUCO | 325.519,90 | 387.188,64 | 98.400,00 | 387.188,64 | 387.188,64 |
| PIAUI | 81.644,51 | 98.821,67 | 204.000,00 | 204.000,00 | 204.000,00 |
| RIO DE JANEIRO | 941.055,48 | 870.251,79 | 657.600,00 | 870.251,79 | 941.055,48 |
| RIO GRANDE DO NORTE | 93.559,27 | 110.544,92 | 55.200,00 | 110.544,92 | 110.544,92 |
| RIO GRANDE DO SUL | 759.280,76 | 715.461,14 | 570.000,00 | 715.461,14 | 759.280,76 |
| RONDÔNIA | 43.773,03 | 51.720,01 | 14.400,00 | 51.720,01 | 51.720,01 |
| RORAIMA | 37.226,51 | 43.984,97 | 9.600,00 | 43.984,97 | 43.984,97 |
| SANTA CATARINA | 457.312,65 | 437.418,59 | 457.200,00 | 457.200,00 | 457.312,65 |
| SÃO PAULO | 2.838.942,02 | 2.692.994,21 | 2.728.800,00 | 2.728.800,00 | 2.838.942,02 |
| SERGIPE | 72.520,70 | 85.686,81 | 28.800,00 | 85.686,81 | 85.686,81 |
| TOCANTINS | 48.726,41 | 58.770,69 | 273.000,00 | 273.000,00 | 273.000,00 |
| TOTAL GERAL | 9.354.600,00 | 9.354.600,00 | 9.354.600,00 | 11.691.651,48 | 11.967.209,52 |

Anexo V

Certificação de municípios ao Incentivo de Epidemiologia e Controle de Doenças, por estado

| UF | CERTIFICAÇÃO | | PENDÊNCIAS |
|--------------|----------------|------------|--|
| | Estado | Municípios | |
| Acre | Já certificado | 01 | ✓ Não |
| Bahia | Já certificado | 01 | ✓ Não |
| Pernambuco | Já certificado | 01 | ✓ Falta o ofício do município de Lagoa do Ouro |
| TOTAL | | 03 | |

CIT- Agosto/2004

Anexo VI
Medicamentos de Atenção Básica

| | Elenco de Medicamentos | Indicação Terapêutica |
|----|--|------------------------------------|
| 1 | Aciclovir 200 mg comp | DST |
| 2 | Ácido acetilsalicílico (comp. 100 mg e 500 mg) | Analgésico/antitérmico |
| 3 | Ácido Fólico comp 5mg | Pré-natal |
| 4 | Adesivos Transdérmicos de Nicotina (7 mg, 14 mg e 21 mg) | Antitabagismo |
| 5 | Agulhas descartáveis | Aplicação de insulina |
| 6 | Alfametildopa (comp. 500mg) | Anti hipertensivo para Gestante |
| 7 | Aminofilina (bi-hidratada) (comp. 100 mg) | Broncodilatador |
| 8 | Amoxicilina + Clavulanato de Potássio (comp-500mg | Antibiótico |
| 9 | Amoxicilina+125 mg Clavulanato) (Susp-250mg | Antibiótico |
| 10 | Amoxicilina+200mg Clavulanato) | Antibiótico |
| 11 | Amoxicilina+62,5mg de Clavulanato) (Frasco-amp-1g | Antibiótico |
| 12 | Amoxicilina (pó/susp. oral 50 mg/ml) | Antibiótico |
| 13 | Ampicilina comp. 500 mg | Antibiótico |
| 14 | Anéis medidores de diafragma | Anticoncepcional |
| 15 | Anticoncepcional hormonal (injetável mensal) | Anticoncepcional |
| 16 | Anticoncepcional hormonal (injetável trimestral) | Anticoncepcional |
| 17 | Antiepilépticos | Anti-epilético |
| 18 | Azitromicina 500 mg comp. DU | DST |
| 19 | Beclometasona inalatório (50 e 250 mcg) | Antiinflamatório esteróide |
| 20 | Benzoato de Benzila (emulsão) | Antiparasitário |
| 21 | Budesonida inalatório (100 e 200mcg) | Antiinflamatório esteróide |
| 22 | Captopril (comp. 25 mg) | Anti Hipertensivo |
| 23 | Ceftriaxona Sódica 250 mg Frasco Ampola DU | DST |
| 24 | Cimetidina com. 200 mg | Antagonista de H2 |
| 25 | Ciprofloxacino 500 mg comp | DST |
| 26 | Cloridrato de Bupropiona (comp. 150mg) | Antitabagismo |
| 27 | Creme dental (tubo 90g) | Prevenção cárie dentária |
| 28 | Dexametasona creme 0,1% (bisnaga) | Dermatoses |
| 29 | Diafragma | Anticoncepcional |
| 30 | Diclofenaco potássico com. 50 mg | Antiinflamatório |
| 31 | Dipirona comprimidos | Anti térmico |
| 32 | Dipirona gotas (500mg) | Anti térmico |
| 33 | Dispositivo intra-uterino | Anticoncepcional |
| 34 | Doxiciclina 100 mg comp | DST |
| 35 | DST | DST |
| 36 | Eritromicina (estearato) comp. 250 mg | Antibiótico |
| 37 | Eritromicina (estearato) susp. oral 2,5% | Antibiótico |
| 38 | Eritromicina 500mg comp. | DST |
| 39 | Escova dental (cabeça pequena e cerdas macias) | Prevenção cárie dentária |
| 40 | Espaçador | Aplicação de inalatórios para asma |
| 41 | Estojo de plástico | Guarda da escova e creme dental |
| 42 | Estrogênios conjugados 0,625mg | Reposição hormonal |
| 43 | Estrogênios conjugados creme vaginal 0,625mg | Reposição hormonal |
| 44 | Fenoterol (100 e 200mcg) | Broncodilatador |
| 45 | Fitas reagentes | Glicemia capilar |
| 46 | Fluconazol 150mg | DST |
| 47 | Flúor gel (sol. Tópica – frasco 250ml) | Prevenção cárie dentária |
| 48 | Fluticasona inalatório (50 e 250 mcg) | Antiinflamatório esteróide |
| 49 | Furosemida comp. 40 mg | Diurético |
| 50 | Furosemida injetável | Diurético |
| 51 | Glibenclamida comp. 5mg | Hipoglicemiante oral |
| 52 | Glicosímetro | Glicemia capilar |
| 53 | Goma de Mascar com Nicotina (tablete com 2mg) | Antitabagismo |
| 54 | Hidroclorotiazida comp. 25mg | Diurético |
| 55 | Ibuprofeno 300mg | Anti inflamatório |
| 56 | Insulina NPH 100UI | Hipoglicemiante injetável |
| 57 | Insumos de ABS para Curativos | |
| 58 | Insumos de ABS para Saúde Bucal | |
| 59 | Insumos para coleta de preventivo | |
| 60 | Insumos para posto de coleta | |

| | | |
|-----|--|----------------------------|
| 61 | Ionômetro de vidro (pó + líquido) | Controle da cárie dentária |
| 62 | Lancetas descartáveis | Glicemia capilar |
| 63 | Mebendazol (comp. 100 mg) | Antiparasitário |
| 64 | Mebendazol (susp. oral 20 mg/ml) | Antiparasitário |
| 65 | Metformina comp. 850mg | Hipoglicemiante oral |
| 66 | Metoclopramida (monocloridrato) (comp. 10 mg) | Antiemético |
| 67 | Metronidazol (benzoi) susp. oral 4,0% | Antibacteriano |
| 68 | Metronidazol comp. 250 mg | Antibacteriano |
| 69 | Metronidazol geléia vaginal 500 mg/5,0 g | Antibacteriano |
| 70 | Miconazol creme vaginal 2% bisnaga 80 g | DST |
| 71 | Neomicina + Bacitracina (bisnaga 0,5% + 250 UI/g) | Dermatoses |
| 72 | Nifedipina | Anti hipertensivo |
| 73 | Nistatina 100mil UI/ml solução oral | Anti fungico |
| 74 | Nistatina 25mil UI creme vaginal | Anti fungico |
| 75 | Paracetamol (comp. 500 mg e sol. oral 100 mg/ml) | Antitérmico/analgésico |
| 76 | Penicilina G Benzatina pó/susp. ini. 1.200.000 U.I. | Antibiótico |
| 77 | Penicilina G Procaína + Potássica 300.000 UI + 100.000 UI (ini.) | Antibiótico |
| 78 | Pílula Anticocepcional Sódio Progesterona | Anticoncepcional |
| 79 | Pílula anticoncepcional de emergência | Anticoncepcional |
| 80 | Pílula combinada de baixa dosagem | Anticoncepcional |
| 81 | Prednisolona sol oral (3mg/ml e 1mg/ml) | Antiinflamatório esteróide |
| 82 | Prednisona comp. 05mg e 20mg | Antiinflamatório esteróide |
| 83 | Preservativo masculino | Anticoncepcional |
| 84 | Propranolol (cloridrato) com. 40 mg | Anti hipertensivo |
| 85 | Ranitidina | Anti ulceroso |
| 86 | Sache de flúor (envelope 1g fluoreto de sódio) | Prevenção cárie dentária |
| 87 | Sais para reidratação oral (envelope) | Reidratação |
| 88 | Salbutamol (sulfato) xpe. 0,4 mg/ml | Broncodilatador |
| 89 | Salbutamol inalatório (100mcg) | Broncodilatador |
| 90 | Saúde mental | Saúde Mental |
| 91 | Secnidazol 1000mg | DST |
| 92 | Seringas descartáveis 100 UI | Aplicação de insulina |
| 93 | Sulfametoxazol + Trimetoprima (comp. 400 + 80 mg) | Antibiótico |
| 94 | Sulfametoxazol + Trimetoprima (susp. oral 4,0% + 0,8%) | Antibiótico |
| 95 | Sulfato Ferroso (comp. 40 mg/Fe++) | Suplementação de Ferro |
| 96 | Sulfato Ferroso (comp. 60 mg) | Anemia Ferropriva |
| 97 | Sulfato Ferroso (sol. oral 25 mg/ml Fe++) | Suplementação de Ferro |
| 98 | Tiabendazol 5% comprimido 500mg | Anti parasitário |
| 99 | Tiabendazol 5% suspensão 250mg/5ml | Anti parasitário |
| 100 | Tiabendazol creme 5% 45g | Anti parasitário |
| 101 | Vitamina A (gotas) | Redução da hipovitaminose |

Proposta Inicial de Divisão de Responsabilidades

| GOVERNO FEDERAL | | |
|------------------------|--|---------------------------------|
| | Elenco de Medicamentos | Indicação Terapêutica |
| 1 | Ácido Fólico comp 5mg | Pré-natal |
| 2 | Aciclovir 200 mg comp | DST |
| 3 | Adesivos Transdérmicos de Nicotina (7 mg, 14 mg e 21 mg) | Antitabagismo |
| 4 | Alfametilidopa (comp. 500mg) | Anti hipertensivo para Gestante |
| 5 | Anticoncepcional hormonal (injetável mensal) | Anticoncepcional |
| 6 | Anticoncepcional hormonal (injetável trimestral) | Anticoncepcional |
| 7 | Azitromicina 500 mg comp. DU | DST |
| 8 | Beclometasona inalatório (50 e 250 mcg) | Antiinflamatório esteróide |
| 9 | Budesonida inalatório (100 e 200mcg) | Antiinflamatório esteróide |
| 10 | Captopril (comp. 25 mg) | Anti Hipertensivo |
| 11 | Ceftriaxona Sódica 250 mg Frasco Ampola DU | DST |
| 12 | Ciprofloxacino 500 mg comp | DST |
| 13 | Cloridrato de Bupropiona (comp. 150mg) | Antitabagismo |
| 14 | Dipirona gotas (500mg) | Anti térmico |
| 15 | Dipirona comprimidos | Anti térmico |
| 16 | Doxiciclina 100 mg comp | DST |
| 17 | Eritromicina 500mg comp. | DST |
| 18 | Estrogênios conjugados 0,625mg | Reposição hormonal |
| 19 | Estrogênios conjugados creme vaginal 0,625mg | Reposição hormonal |
| 20 | Fenoterol (100 e 200mcg) | Broncodilatador |
| 21 | Fluticasona inalatório (50 e 250 mcg) | Antiinflamatório esteróide |
| 22 | Fluconazol 150mg | DST |
| 23 | Furosemida injetável | Diurético |
| 24 | Furosemida comp. 40 mg | Diurético |
| 25 | Glibenclamida comp. 5mg | Hipoglicemiante oral |
| 26 | Goma de Mascar com Nicotina (tablete com 2mg) | Antitabagismo |
| 27 | Hidroclorotiazida comp. 25mg | Diurético |
| 28 | Insulina NPH 100UI | Hipoglicemiante injetável |
| 29 | Ibuprofeno 300mg | Anti inflamatório |
| 30 | Miconazol creme vaginal 2% bisnaga 80 g | DST |
| 31 | Metformina comp. 850mg | Hipoglicemiante oral |
| 32 | Nifedipina | Anti hipertensivo |
| 33 | Nistatina 25mil UI creme vaginal | Anti fungico |
| 34 | Nistatina 100mil UI/ml solução oral | Anti fungico |
| 35 | Pílula Anticocepcional Sódio Progesterona | Anticoncepcional |
| 36 | Pílula anticoncepcional de emergência | Anticoncepcional |
| 37 | Pílula combinada de baixa dosagem | Anticoncepcional |
| 38 | Prednisolona sol oral (3mg/ml e 1mg/ml) | Antiinflamatório esteróide |
| 39 | Prednisona comp. 05mg e 20mg | Antiinflamatório esteróide |
| 40 | Propranolol (cloridrato) com. 40 mg | Anti hipertensivo |
| 41 | Ranitidina | Anti ulceroso |
| 42 | Salbutamol (sulfato) xpe. 0,4 mg/ml | Broncodilatador |
| 43 | Salbutamol inalatório (100mcg) | Broncodilatador |
| 44 | Secnidazol 1000mg | DST |
| 45 | Sulfato Ferroso (comp. 40 mg/Fe++) | Suplementação de Ferro |
| 46 | Sulfato Ferroso (comp. 60 mg) | Anemia Ferropriva |
| 47 | Sulfato Ferroso (sol. oral 25 mg/ml Fe++) | Suplementação de Ferro |
| 48 | Sais para reidratação oral (envelope) | Reidratação |
| 49 | Tiabendazol creme 5% 45g | Anti parasitário |
| 50 | Tiabendazol 5% suspensão 250mg/5ml | Anti parasitário |
| 51 | Tiabendazol 5% comprimido 500mg | Anti parasitário |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| 52 | Vitamina A (gotas) | Redução da hipovitaminose |
| 53 | Antiepilépticos | |
| 54 | Saúde mental | |
| | Elenco de insumos | Indicação Terapêutica |
| 1 | Escova dental (cabeça pequena e cerdas macias) | Prevenção cárie dentária |
| 2 | Creme dental (tubo 90g) | Prevenção cárie dentária |
| 3 | Sache de flúor (envelope 1g fluoreto de sódio) | Prevenção cárie dentária |
| 4 | Flúor gel (sol. Tópica – frasco 250ml) | Prevenção cárie dentária |
| 5 | Ionômetro de vidro (pó + líquido) | Controle da cárie dentária |
| 6 | Estojo de plástico | Guarda da escova e creme dental |
| 7 | Diafragma | Anticoncepcional |
| 8 | Dispositivo intra-uterino | Anticoncepcional |
| 9 | Preservativo masculino | Anticoncepcional |
| 10 | Anéis medidores de diafragma | Anticoncepcional |
| GOVERNO ESTADUAL | | |
| 1 | Amoxicilina + Clavulanato de Potássio (comp-500mg) | Antibiótico |
| 2 | Amoxicilina+125 mg Clavulanato) (Susp-250mg) | Antibiótico |
| 3 | Amoxicilina+62,5mg de Clavulanato) (Frasco-amp-1g) | Antibiótico |
| 4 | Amoxicilina+200mg Clavulanato) | Antibiótico |
| 5 | Amoxicilina (pó/susp. oral 50 mg/ml) | Antibiótico |
| 6 | Ampicilina comp. 500 mg | Antibiótico |
| 7 | Cimetidina com. 200 mg | Redutor da secreção gástrica (antagonista de H2) |
| 8 | Diclofenaco potássico com. 50 mg | Antiinflamatório |
| 9 | Eritromicina (estearato) comp. 250 mg | Antibiótico |
| 10 | Eritromicina (estearato) susp. oral 2,5% | Antibiótico |
| 11 | Metronidazol (benzoil) susp. oral 4,0% | Antibacteriano |
| 12 | Metronidazol comp. 250 mg | Antibacteriano |
| 13 | Metronidazol geléia vaginal 500 mg/5,0 g | Antibacteriano |
| 14 | Penicilina G Benzatina pó/susp. inj. 1.200.000 U.I. | Antibiótico |
| 15 | Penicilina G Procaína + Potássica 300.000 UI + 100.000 UI (inj.) | Antibiótico |
| 16 | Sulfametoxazol + Trimetoprima (susp. oral 4,0% + 0,8%) | Antibiótico |
| 17 | Sulfametoxazol + Trimetoprima (comp. 400 + 80 mg) | Antibiótico |
| | | |
| 1 | Agulhas descartáveis | Aplicação de insulina |
| 2 | Fitas reagentes | Glicemia capilar |
| 3 | Glicosímetro | Glicemia capilar |
| 4 | Lancetas descartáveis | Glicemia capilar |
| 5 | Seringas descartáveis 100 UI | Aplicação de insulina |
| 6 | Espaçador | Aplicação de inalatórios para asma |
| GOVERNO MUNICIPAL | | |
| 1 | Ácido acetilsalicílico (comp. 100 mg e 500 mg) | Analgésico/antitérmico |
| 2 | Aminofilina (bi-hidratada) (comp. 100 mg) | Broncodilatador |
| 3 | Benzoato de Benzila (emulsão) | Antiparasitário |
| 4 | Dexametasona creme 0,1% (bisnaga) | Dermatoses |
| 5 | Mebendazol (comp. 100 mg) | Antiparasitário |
| 6 | Mebendazol (susp. oral 20 mg/ml) | Antiparasitário |
| 7 | Metoclopramida (monocloridrato) (comp. 10 mg) | Antiemético |
| 8 | Neomicina + Bacitracina (bisnaga 0,5% + 250 UI/g) | Dermatoses |
| 9 | Paracetamol (comp. 500 mg e sol. oral 100 mg/ml) | Antitérmico/analgésico |
| 10 | Insumos de ABS para Saúde Bucal | |
| 11 | Insumos de ABS para Curativos | |
| 12 | Insumos para posto de coleta | |
| 13 | Insumos para coleta de preventivo | |