MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

# O SUS de A a Z

## GARANTINDO SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

3ª edição
2ª reimpressão

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Brasília – DF
2009

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 3ª edição – 2ª reimpressão – 2009 – 1.500 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*
MINISTÉRIO DA SAÚDE
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) 3315-2649
*E-mail*: descentralizacao@saude.gov.br
*Home page*: www.saude.gov.br/dad

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS 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) 3315-2121 / 3315-2828
*Home page*: www.conasems.org.br

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
*E-mail:* editora.ms@saude.gov.br
*Home page:* www.saude.gov.br/editora

*Equipe editorial:*
Normalização: Vanessa Leitão
Revisão: Janaína Arruda
Editoração: Alisson Albuquerque

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 Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
480 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1552-2

1. Terminologia. 2. Gestão do SUS. 3. Educação em Saúde. I. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. II. Título. III. Série.

CDU 001.4:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0910

*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 Municípios

# Sumário


## Apresentação
Informação, ferramenta fundamental à boa gestão, 4

## Introdução
Para cada desafio, a resposta que lhe cabe, 6

## Guia de uso
Como consultar o SUS de A a Z, 10

## Tópicos de A a Z
A, 17 B, 53 C, 65 D, 113 E, 129 F, 145 G, 167
H, 175 I, 187 L, 197 M, 205 N - O, 219 P, 229 Q, 299
R, 303 S, 333 T, 363 U, 381 V-Z, 387

## Anexo A
Legislações e normatizações do SUS, 396

## Anexo B
Contatos do SUS, 418

## Anexo C
Sistemas de informação em Saúde e bancos de dados, 456

## Anexo D
Redes de cooperação, bibliotecas virtuais e observatórios, 468

## Equipe técnica, 477

## Ficha de avaliação, 479

# 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 é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas da população, presente em cada localidade brasileira.

A gestão pública, como instrumento de ação política, deve buscar sempre a construção de uma sociedade mais eqüitativa e democrática. É fundamental que empenhemos esforços na qualificação dos processos 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.

As duas edições anteriores desta publicação – construída conjuntamente pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – obtiveram tão boa aceitação que chegamos a esta terceira edição, revisada, cujo conteúdo encontra-se também disponível em outras duas versões: no cd multimídia encartado nesta publicação e em versão eletrônica *on line*, no *site* <www.saude.gov.br/susdeaz>

Avançamos, assim, no esforço de qualificar a gestão da saúde brasileira, propiciando aos dirigentes do SUS informações essenciais à condução de questões ligadas ao cotidiano da gestão. 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, na importante tarefa de consolidar o SUS.

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

Ministério 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, bem como 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 eqüidade na atenção à saúde de 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, sobrecarregado 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 modificações 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 pela Saúde que representa 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, essa publicação foi planejada 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.

Guia de uso

# COMO CONSULTAR O SUS DE A A Z

O **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 Humanizasus, Qualisus etc.).

## Índice temático

Orienta a consulta remissiva aos tópicos, por afinidade temática.

## Sobre os anexos

### Anexo A – Legislações e normatizações do SUS

Relação das 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 B – Contatos do SUS

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

### Anexo C – Sistemas de informação em Saúde e bancos de dados

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

### Anexo D – Redes de cooperação, bibliotecas virtuais e observatórios

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

## Sobre o CD-ROM

Contém todo o conteúdo deste "O SUS de A a Z", acrescido dos textos integrais das:

- **Legislações e normatizações do SUS**

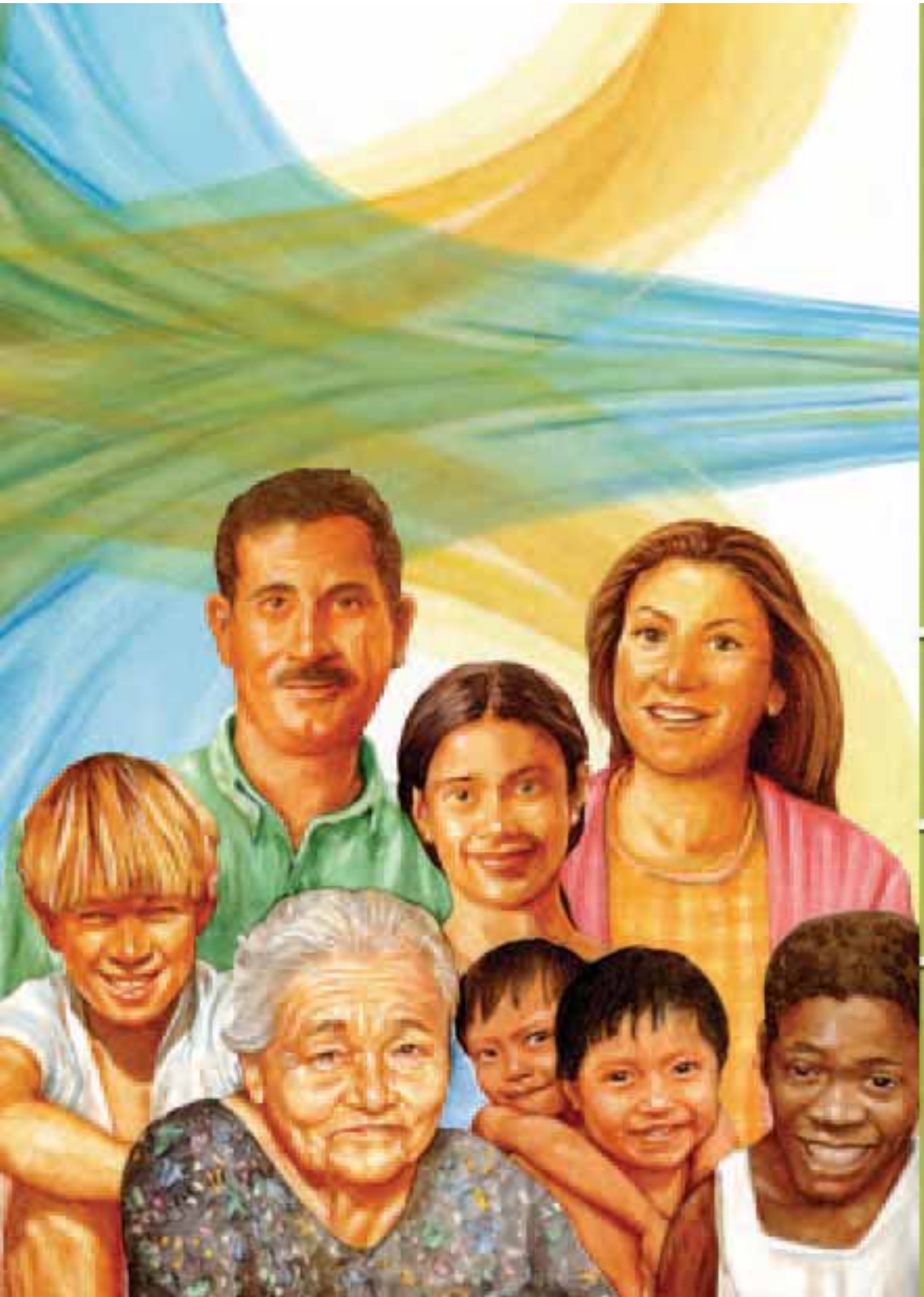
Textos integrais das principais leis, portarias e resoluções do SUS, incluindo as citadas nos tópicos deste manual.

- **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.

## Ficha de avaliação

Esta publicação será 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, reservação 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, por meio 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.

## Acesso aos serviços

Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde, 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 nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, dos esportes e do lazer.

Agravos à Saúde.

## Acidente por animais peçonhentos

Animais peçonhentos são aqueles que produzem substância tóxica e apresentam estruturas especializadas para inoculação deste veneno. Isso se dá por comunicações das glândulas produtoras de veneno com dentes ocos ou sulcados, ferrões ou aguilhões, por onde o veneno passa ativamente.

Os principais animais peçonhentos de importância em saúde pública no Brasil são as serpentes do gênero Bothrops (jararaca, jararacuçu, urutu, cotiara, caiçaca), Crotalus (cascavéis), Lachesis (surucucu, surucucu-pico-de-jaca) e Micrurus (corais verdadeiras); os escorpiões do gênero Tityus e algumas aranhas dos gêneros Loxosceles (aranha marrom), Phoneutria (armadeira) e Latrodectus (viúva-negra).

A época de calor e de chuvas é a mais favorável para a ocorrência dos acidentes, pois é quando os animais peçonhentos estão em maior atividade. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste os meses de dezembro a março concentram a

grande maioria dos casos. Já no Nordeste o pico coincide com os meses de abril a junho. Na região Norte, apesar dos acidentes serem mais freqüentes também nos três primeiros meses do ano, não há uma variação tão marcada como nas demais partes do país. Os acidentes com serpentes acontecem mais freqüentemente no campo, enquanto os com escorpiões e aranhas têm característica urbana.

A forma mais eficiente de tratamento para acidentados por serpente, escorpião e algumas aranhas é o soro. O tratamento será mais eficiente quanto mais cedo o acidentado for atendido. O tempo é um fator determinante para a boa evolução dos casos. As crianças e os idosos são os que mais apresentam complicações em acidentes por animais peçonhentos.

A principal medida a ser tomada quando acidentado é PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO, na Unidade de Saúde mais próxima. Não tentar nenhuma outra forma de tratamento. Outros procedimentos de primeiros-socorros são: elevar o membro atingido, evitar esforço físico, lavar o local com água e sabão, nunca fazer garrote ou torniquete, não aplicar nada sobre o local, não ingerir nada a não ser água, e se possível, em caso de serpentes e aranhas, levar o animal para identificação. Informações técnicas sobre diagnóstico e tratamento podem ser obtidas no Manual de Diagnóstico e Tratamento dos Acidentes por Animais Peçonhentos disponível na página eletrônica da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde.

Os soros antipeçonhentos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos às Unidades Federadas, chegando às unidades de saúde de referência para atendimento gratuito aos acidentados.

Os animais peçonhentos devem ser conservados em seus locais de origem, pois são importantes controladores de pragas. Alimentam-se de ratos, baratas e outros insetos, mantendo as populações destes animais sob controle. O homem pode viver próximo aos animais peçonhentos respeitando algumas medidas como: uso de calçados de cano alto e luvas, tampar ralos e frestas de esgoto com telas, não acumular lixo, entulho, ou material de construção, conter proliferação exagerada de insetos, não mexer em buracos ou frestas e sacudir sapatos e roupas antes de vestir. Para outras medidas e notificação de ocorrência de animais peçonhentos, procurar a Secretaria Municipal de Saúde mais próxima.

Manual de Diagnóstico e Tratamento dos Acidentes por Animais Peçonhentos – <http://www.saude.gov.br/svs>

## 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 nexo 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 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.

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 com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS

O Acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços.

A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico.

Ao operar os Processos de Acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde se objetiva:

- A melhoria dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada.
- A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar estes usuários em seus problemas e demandas.
- Mudança de objeto (da doença para o sujeito).
- Uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por risco apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles.
- A operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construção de vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.
- Veja Também: PNH; Humanizasus; Clínica Ampliada; Co-gestão; Ambiência, Direito dos usuários Filas nos serviços, Gestão Participativa.

Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual da Saúde/BVS em

<www.saude.gov.br/bvs/humanizacao>, Sítio da PNH em <www.saude.gov.br/humanizasus>; Banco de Projetos da PNH – Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do SUS, em <www.saude.gov.br/humanizasus> e <www.saude.gov.br/coopera>; Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975)[1]. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de "estar com" ou "estar perto de", que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.

O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de "abrigar e agasalhar" outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do proces-

[1] FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

so, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
- elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);
- mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento aos seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população; uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;
- uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

PNH; Humanizasus; Clínica Ampliada; Co-gestão; Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS; Ambiência; Direito dos usuários; Filas nos serviços; Gestão Participativa.

Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual da Saúde/BVS em <www.saude.gov.br/bvs/humanizacao>, Sítio da PNH em <www.saude.gov.br/humanizasus>, Banco de Projetos da PNH – Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do SUS, em <www.saude.gov.br/humanizasus> e <www.saude.gov.br/coopera>; Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## ACS

Agente Comunitário de Saúde.

## Acupuntura

A Acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a Acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos, definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; Acupuntura; Homeopatia; Fitoterapia; Medicina Antroposófica e Termalismo Social e Crenoterapia

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC); Portaria nº. 971, de 04 de maio de 2006; Portaria n° 853, de 17 de novembro de 2006; Portaria n° 1600, de 18 de julho de 2006; <www.saude.gov.br/dab>

## Acurácia diagnóstica

Avaliação da capacidade de determinada tecnologia em realizar um dado diag-

nóstico. Um teste de referência é empregado e os resultados de acurácia são apresentados diretamente ou são apresentados resultados que permitem o cálculo dessas medidas. Este tipo de avaliação pode ser necessária na gestão quando há pressão por incorporação de novas tecnologias diagnósticas que podem ou não fornecer dados mais acurados que as modalidades existentes.

Avaliação de tecnologias em saúde, alta complexidade.

## 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 D 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: 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 (Anpps)

Instrumento de gestão que orienta o fomento à pesquisa em saúde, promovido pelo Ministério da Saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população. É parte fundamental da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Objetiva aumentar a seletividade e a capacidade de indução das iniciativas de fomento à pesquisa no País. Abrange toda a cadeia de conhecimento relacionada à saúde, da pesquisa básica à operacional. Sua elaboração e implementação são de responsabilidade do Departamento de Ciência e Tecnologia, um dos três integrantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do Ministério da Saúde. 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. Sua construção foi norteada por consulta pública 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>, área temática Ciência e Tecnologia.

## Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O agente comunitário de saúde (ACS) é o profissional que desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde. O elo entre o ACS e a população adscrita é potencializado pelo fato do ACS morar na comunidade.

Tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. O ACS utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural das famílias adscritas em sua base geográfica definida, a microárea. Estes instrumentos são o cadastro atualizado de todas as pessoas de sua microárea e o registro para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde. A partir daí ele é capaz de orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e de traduzir para as Unidades Básicas de Saúde a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identificar parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes.

O ACS desempenha um papel chave na Estratégia de Saúde da Família, estando presente tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados. O ingresso desse trabalhador no SUS dar-se-á por meio de processo seletivo público (EC 51) ou por concurso público.

Formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), Formação profissional técnica por itinerário, Saúde da Família.

Política Nacional da Atenção Básica em <www.saude.gov.br/dab>; Lei n° 11.350, de 5 de outubro de 2006; Portaria no 648, de 28 de março de 2006; Emenda Constitucional no 51/2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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.

## 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 n° 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 I").

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 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; Lei n° 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 por meio de contatos e negociações com a vigilância de seu estado.

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

## Aids/DST

Programa Nacional DST/Aids.

## Aleitamento materno

Conjunto de processos – nutricionais, comportamentais e fisiológicos – envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja diretamente no peito ou por extração artificial. Nota: recomenda-se o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e de maneira complementar até os 2 anos ou mais.

Alimentação complementar adequada e oportuna; Alimentos complementares ou de transição

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## Alimentação saudável

Padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida. Notas: i) Deve ser acessível (física e financeiramente), saborosa, variada, colorida, harmônica e segura quanto aos aspectos sanitários. ii) Este conceito considera as práticas alimentares culturalmente referenciadas e valoriza o consumo de alimentos saudáveis regionais (como legumes, verduras e frutas), sempre levando em consideração os

aspectos comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares. O Ministério da Saúde publicou, em 2005, o Guia Alimentar para a População Brasileira, que consiste nas primeiras diretrizes oficiais sobre o tema para a população brasileira.

Vigilância alimentar e nutricional.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## Alimentação complementar adequada e oportuna

Aquela que se inicia como complemento ao aleitamento materno, a partir dos 6 meses de vida com dietas adequadas em quantidade e qualidade (consistência, nutrientes e calorias).

Alimentos complementares ou de transição; Aleitamento Materno.

## Alimentos complementares ou de transição

Alimento de transição para lactentes e crianças de primeira infância. Aqueles que se oferece à criança em complementação ao leite materno, e que são preparados de modo a oferecer uma dieta de consistência gradativamente maior até que ela possa receber a dieta da família, junto com o leite materno. Nota: atualmente, está em desuso o termo alimentos de desmame para não dar a idéia de que a introdução de outro alimento na dieta da criança implica a suspensão do leite materno.

Alimentação complementar adequada e oportuna; Aleitamento Materno.

## 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 su-

pervisionar atividades de inspeção e controle de riscos, estabelecer normas e padrões para comercialização desses produtos.

O gestor municipal poderá buscar junto ao gestor estadual mais 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

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 (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; 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 estomatognáti-

co; 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.

## Ambiência

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Ao adotar o conceito de ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

O conceito de ambiência segue primordialmente três eixos:

- O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários;
- O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho;
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática.

PNH; HumanizaSUS; Clínica Ampliada; Co-gestão; Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS; Direito dos usuários Filas nos serviços; Gestão Participativa

Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual da Saúde/BVS em <www.saude.gov.br/bvs/humanizacao>; Sítio da PNH em <www.saude.gov.br/humanizasus>; Banco de Projetos da PNH – Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do SUS em <www.saude.gov.br/humanizasus> e <www.saude.gov.br/cooperasus>; Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 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.

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

## AMQ

Avaliação para Melhoria da Qualidade

## Análise de risco

Processo de levantamento, avaliação, gerenciamento e comunicação de riscos

à saúde, considerando o processo de trabalho, a possibilidade de escape no ambiente, o volume, a concentração e a classe de risco do agente biológico a ser manipulado na implementação de ações destinadas à prevenção, controle, redução ou eliminação dos mesmos, assim como a determinação do nível de biossegurança a ser adotado para o desenvolvimento de trabalhos em contenção com agentes biológicos e a sua comunicação aos profissionais envolvidos.

Biossegurança.

Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Ministério da Saúde - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 60p.: il - (Série A: Normas e Manuais Técnicos), Editora MS, Brasília: 2004 (ISBN 85-334-0793-9) ou pelo endereço www.saude.gov.br/editora

## 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 de acompanhamento da situação de saúde, visando a oferecer subsídios aos gestores e às instâncias de participação e controle social para o planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde, permitindo maior clareza na definição das prioridades e na avaliação do resultado de suas ações. A análise do sistema municipal de saúde permite que seu funcionamento se torne mais eficiente, eqüitativo e democrático. Para tanto, deve buscar incorporar todos os sujeitos sociais en-

volvidos no processo. Inclui o diagnóstico de saúde (ou seja, o conhecimento das necessidades locais em saúde), o mapeamento da capacidade de oferta de ações e serviços (estrutura física, equipamentos, distribuição da produção e profissionais disponíveis) e sua distribuição social; 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 dos indicadores de saúde.

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 adequados para representar os fatos ou eventos que se deseja aferir; 4) proceder à análise do "comportamento" da saúde local, por meio de indicadores seguros, ao longo do período que se está avaliando e 5) buscar garantir espaços participativos para o debate sobre o diagnóstico e as ações a serem implementadas.

Planejamento em Saúde, Gestão Participativa; Avaliação de desempenho do SUS; 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

## Angiostrongilíase

Angiostrongilíases são doenças causadas por parasitos (vermes nematódeos) do gênero Angiostrongylus, que acometem o homem causando quadros nosológicos diversos. O Angiostrongylus cantonensis pode alojar-se no sistema nervoso central do paciente, provocando a inflamação das meninges (meningite eosinofílica); o Angiostrongylus costaricensis se aloja nos ramos das artérias mesentéricas, provocando manifestações clínicas abdominais, conhecidas como angiostrongilose abdominal.

O homem participa do ciclo como hospedeiro acidental, ao ingerir larvas do parasito, que tem como hospedeiro intermediário o caramujo Achatina fulica, introduzido no Brasil visando ao cultivo e comercialização de "escargots". Originário da África,é também conhecido como acatina, caracol-africano, caracol-gigante. Tem como hospedeiro definitivo roedores silvestres. Atualmente está distribuído amplamente no país, o que gera cuidados quanto ao possível aumento de casos de angiostrongilíase.

### Apoio matricial

Equipe de referência.

## Assistência farmacêutica

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde in-

dividual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à viabilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Para assegurar o uso racional de medicamento, o gestor municipal deve realizar o acompanhamento e a avaliação de utilização de medicamentos 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 o uso de medicamentos, mantendo um processo de educacão permanente voltado tanto para os profissionais de saúde, quanto para os pacientes e toda a comunidade.

Dispensação, 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).

Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde.

## Assistência Farmacêutica Básica

A Assistência Farmacêutica Básica, mantida pelo SUS, compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos destinados a complementar e a apoiar as ações da atenção básica à saúde; ela tem como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), atualizada em 2006. De acordo com os novos atos normativos do SUS, trazidos pelo Pacto pela Saúde 2006, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica passa a ser denominado de Componente Básico da Assistência Farmacêutica, integrando, assim, o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. Esse

componente é a Parte Fixa, cujo financiamento tripartite dá-se pela transferência de recursos financeiros do Governo Federal para as outras instâncias gestoras, além das contrapartidas estaduais e municipais; a Parte Variável, financiada exclusivamente pelo Governo Federal, consiste em valores per capita destinados à aquisição de medicamentos e de insumos farmacêuticos dos programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Os recursos da Parte Variável, destinados aos programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, já foram descentralizados para a maioria dos municípios brasileiros, enquanto que os recursos destinados aos demais programas continuam sob gestão do Ministério da Saúde, responsável pelo suprimento direto dos medicamentos preconizados pelas áreas técnicas dos respectivos programas.

Atenção básica à Saúde, Centrais de abastecimento farmacêutico, Programa Farmácia Popular do Brasil.

Portaria nº 2.084, de 26 de outubro de 2005.

## 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 de 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 por meio 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, eqüidade 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 eqüidade 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

A

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 transetoriais 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, abarcando 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, por meio 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.

## Atenção básica à saúde

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

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema

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

Acessibilidade; Bloco da atenção básica; Pacto da Atenção Básica; Piso da Atenção Básica; Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde; Saúde Bucal.

Política Nacional da Atenção Básica; <www.saude.gov.br/dab>

## Atenção especializada

Alta complexidade, Equipes de referência, Média complexidade.

## Atenção farmacêutica

Modelo de prática farmacêutica desenvolvido no contexto da assistência farmacêutica, compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Implica interação direta do farmacêutico com o usuário, visando à farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da

qualidade de vida. Essa interação deve envolver, também, as concepções dos seus sujeitos e o respeito às especificidades biopsicossociais de cada usuário, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

Assistência farmacêutica, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde.

## 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 a 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 nas Práticas de Produção de Saúde; Humanização da atenção à Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Urgência e emergência; Atenção às urgências

## Atividade Física

É entendida como qualquer movimento corporal que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso. Está inserida na Política Nacional de Promoção da Saúde como um eixo de intervenção para promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde.

## Atores sociais

Cidadãos (usuários, profissionais, gestores, etc.) ou agrupamentos (instituições, órgãos, comunidades, movimentos sociais, equipes de trabalho, etc.) que participam, organizadamente, da formulação da gestão, planejamento e monitoramento e controle social do SUS, 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 Auditoria (SNA).

## Avaliação

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, é o processo que se inicia com a implementação do Plano de Saúde e que se encerra findo o período de vigência do Plano (quatro anos). Esse processo destina-se, principalmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde. Ao final do processo, a avaliação deve estar expressa em documento que poderá ser organizado com o seguinte formato: síntese do processo de construção do Plano; avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos; avaliação do impacto da implementação do Plano sobre a situação de saúde; apresentação de recomendações relativas à construção do novo Plano, da reprogramação e das intervenções necessárias.

Série Cadernos de Planejamento, Sistema de Planejamento do SUS – Instrumentos básicos, volume 2, em <http//: www.saude.gov.br/planejasus>.

## Avaliação de desempenho do SUS

A avaliação de desempenho de um sistema de saúde se refere à aferição e

julgamento sobre o grau de alcance dos objetivos que se propõe atingir. Os princípios constitutivos do SUS expressos na Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e os objetivos da política de saúde devem ser os pontos de partida para a avaliação de desempenho do sistema.

Para que seja completa, a avaliação deve trabalhar com informações que expressem o ponto de vista do conjunto de atores que se relacionam com o sistema. Para que seja útil à gestão, a avaliação de desempenho deve ser permanente e capaz de sugerir e indicar melhorias ou reformulações necessárias e possíveis, para assegurar o cumprimento dos objetivos da política de saúde. As metodologias para a avaliação devem considerar o contexto em que o sistema de saúde é implementado e seu caráter descentralizado, permitindo análises em âmbitos nacional, estadual e municipal adequadas às necessidades dessas esferas de governo.

A avaliação de desempenho do sistema de saúde não substitui e não suprime a necessidade de realização das avaliações de políticas e programas. Ao contrário. O que se espera é que a implementação do processo de avaliação de desempenho do sistema possa se beneficiar das demais experiências de avaliação, constituindo um espaço que as articule e para o qual possam convergir os resultados dessas abordagens. Isso permitirá uma visão integrada do sistema de saúde que facultará aos gestores, nas três esferas de governo, identificar com clareza os avanços obtidos e as intervenções necessárias para corrigir rumos. Não tem como objetivo punir ou premiar; almeja a construção de um sistema justo e responsável

Relatório de Gestão

Portaria n° 665, de 29 de março de 2006.

## Avaliação de tecnologias em saúde

Processo abrangente por meio do qual são avaliados os impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde, levando-se em consideração as-

pectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, custo-efetividade, entre outros. Seu objetivo principal é auxiliar os gestores em saúde na tomada de decisões coerentes e racionais quanto à incorporação de tecnologias em saúde.

Alta complexidade, Atenção à saúde, Incorporação tecnológica Tecnologia em saúde..

Glossário temático: economia da saúde; Saúde no Brasil: seleção de temas para Agenda de Prioridades de Pesquisa no endereço www.saude.gov.br/editora

## Avaliação para melhoria da qualidade

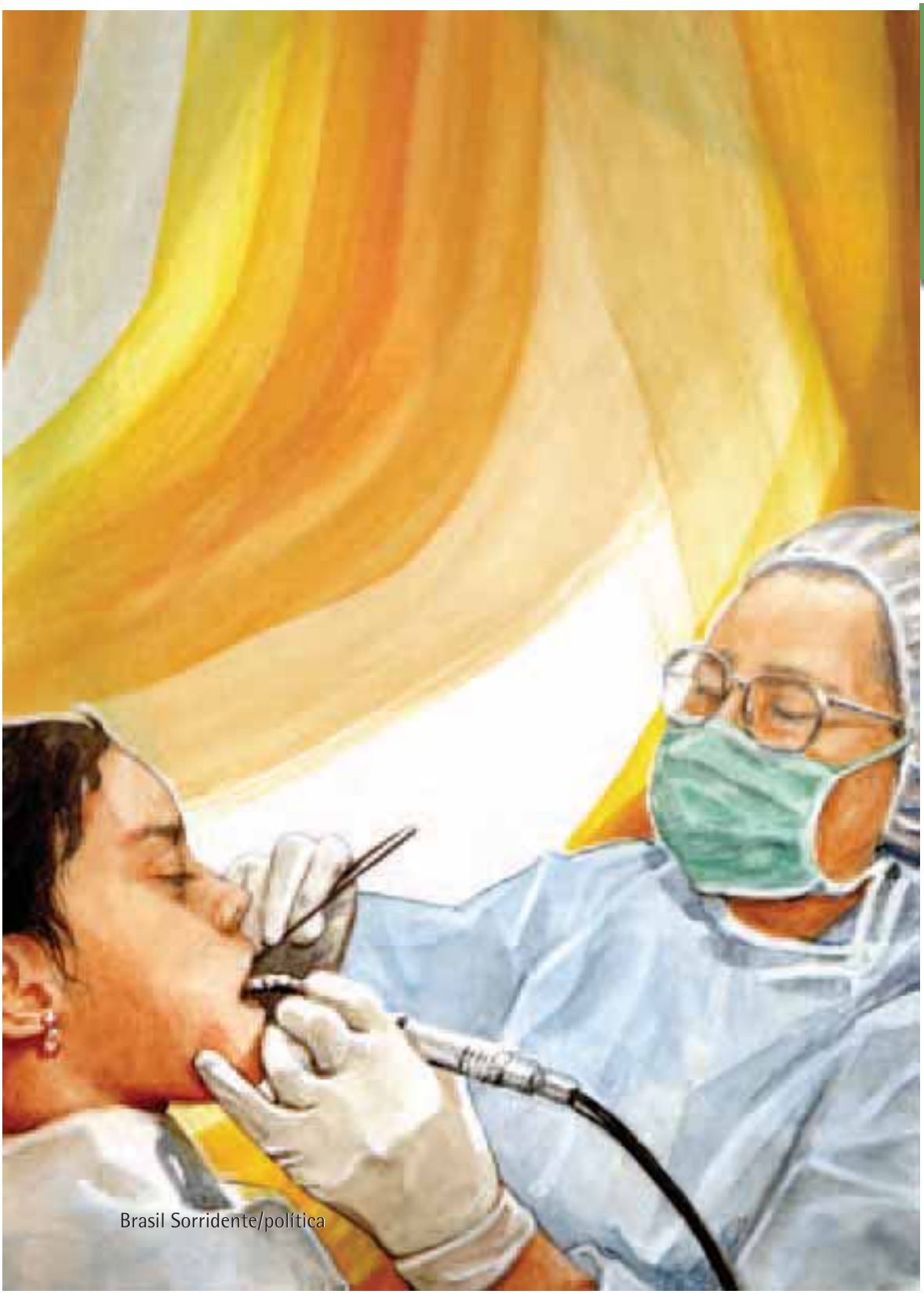
Proposta de avaliação sistêmica da estratégia Saúde da Família baseada em metodologia de gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade e que considera os componentes de gestão municipal, coordenação técnica e práticas realizadas pelas equipes. O objetivo da proposta é apoiar os gestores municipais e estaduais no monitoramento e avaliação da Atenção Básica, possibilitando a verificação dos estágios de desenvolvimento e de qualidade da estratégia nos municípios, identificando seus pontos críticos e suas potencialidades. Visa também auxiliar no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade. Tomando como ponto de partida as definições, princípios e diretrizes estabelecidos para a estratégia Saúde da Família, foram elaborados e validados por meio de amplo teste piloto, um conjunto de 300 padrões de qualidade. Este conteúdo está organizado em cinco diferentes instrumentos de auto-avaliação dirigidos a atores diferenciados: gestor, coordenadores, gerentes de unidades e profissionais de equipes. Os padrões, por sua vez, estão distribuídos em cinco estágios crescentes de qualidade: padrões do estágio E – qualidade elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia SF); padrões do estágio D – qualidade em desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho); padrões do estágio C – qualidade consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações); padrões do estágio B – qualidade boa (abordam

ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados); padrões do estágio A – qualidade avançada (colocam-se como horizonte a ser alcançado representando excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados). A proposta integra um conjunto de ações contempladas no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) – especificamente em seu Componente III (avaliação e monitoramento).

Para os municípios participantes está disponível um aplicativo digital, acessível pelo site do projeto, para o registro das auto-avaliações. Este recurso permite o armazenamento, em banco de dados, do histórico avaliativo e emissão de relatórios de apoio. A participação baseia-se na adesão voluntária dos gestores municipais. Não estão previstos incentivos financeiros ou sanções relativas aos resultados obtidos, buscando-se desse modo assegurar o componente pedagógico e qualificador da proposta.

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (Pnass).

www.saude.gov.br/caadab



Brasil Sorridente/política

# B

## 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 de 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 em Saúde 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 de produtos da área de Saúde (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.

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.

## Biossegurança

Condição de segurança alcançada por meio de um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes a atividades que possam comprometer a saúde humana, animal, vegetal e o meio ambiente.

Análise de risco.

Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com agentes biológicos. Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 62p.: il – (Série A: Normas e Manuais Técnicos), Editora MS, Brasília: 2006 (ISBN 85-334-1214-2), ou pelo endereço <www.saude.gov.br/editora>.

Classificação de Risco dos Agentes Biológicos. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 36 p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1216-9.

## Biotecnologia

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.

## Bloco da assistência farmacêutica

Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de

ações e serviços da Saúde. É constituído por três componentes: o componente assistência farmacêutica básica, o componente assistência farmacêutica estratégica, o componente medicamentos e o componente de dispensação excepcional. O componente assistência farmacêutica básica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica para a atenção básica em saúde e às ações relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo composto de uma parte financeira fixa e de uma parte financeira variável. Por sua vez, o componente assistência farmacêutica estratégica destina-se ao custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas estratégicos de saúde: controle de endemias, anti-retrovirais do Programa DST e Aids, sangue, hemoderivados e imunobiológicos. O componente medicamentos de dispensação excepcional destina-se ao financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais.

Bloco da atenção básica, Bloco de gestão do SUS, Bloco de vigilância em Saúde, Financiamento do SUS, Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde, Planejamento em saúde, Termo de Limite Financeiro Global, Vigilância sanitária.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria n° 650, de 28 de março de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006; Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007.

## Bloco da atenção básica

Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da Saúde. É formado por dois componentes: o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). O PAB Fixo destina-se ao custeio de ações de atenção básica à saúde cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal. O

PAB Variável é constituído por recursos destinados ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em Saúde. Os recursos do PAB Variável são transferidos do FNS aos fundos de Saúde dos municípios e Distrito Federal mediante adesão e implementação das ações às quais se destinam, desde que constantes nos respectivos planos de saúde. Com a aprovação do Pacto pela Saúde, os recursos de custeio das ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária, que antes integravam o PAB Variável, passaram a compor os blocos de financiamento da assistência farmacêutica e da vigilância em Saúde, respectivamente.

Atenção à saúde; Bloco da assistência farmacêutica; Bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; Bloco de gestão do SUS; Bloco de vigilância em saúde; Financiamento do SUS; Pacto de Gestão do SUS; Pacto pela Saúde; Planejamento em saúde; Termo de Limite Financeiro Global

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria n° 650, de 28 de março de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006; Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007.

## Bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

Um dos cinco blocos de custeio que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados às ações e serviços da Saúde. É constituído por dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). O componente MAC dos estados, municípios e Distrito Federal destina-se ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, sendo transferidos mensalmente para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde. Os recursos federais deste componente serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência, publicada em ato normativo específico. O Faec abrange recursos destinados ao custeio dos seguintes procedimentos: 1) os regulados pela

Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); 2) os transplantes e os procedimentos vinculados; 3) as ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; 4) os novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, sendo que esses últimos serão custeados pelo Faec por um período de seis meses para permitir a formação da série histórica necessária à sua agregação ao componente MAC. Os outros recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do Faec serão incorporados ao MAC dos estados, municípios e Distrito Federal conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Bloco da assistência farmacêutica; Bloco da atenção básica; Bloco de gestão do SUS; Bloco de vigilância em saúde; Financiamento do SUS; Pacto de Gestão do SUS; Pacto pela Vida, Planejamento em saúde; Termo de Limite Financeiro Global; Vigilância sanitária.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006; Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007.

## Bloco de gestão do SUS

Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da Saúde. Destina-se ao fortalecimento da gestão do SUS para custeio de ações específicas relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Os recursos federais que o integram são constituídos pelos seguintes componentes: I) para a Qualificação da Gestão do SUS e II) para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.

A transferência dos recursos no âmbito do componente de Qualificação da Gestão do SUS dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, com incentivo específico para cada ação que integra, sendo elas: I) Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; II) Planejamento e Orçamento; III) Programação; IV)

Regionalização; V) Gestão do Trabalho; VI) Educação em Saúde; VII) Incentivo à Participação e ao Controle Social; VIII) Informação e Informática em Saúde; IX) Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; X) Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.



A transferência dos recursos no âmbito do componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica, atualmente designados a: I) Implantação de Centros de Atenção Psicossocial; )II) Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; III) Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; IV) Fomento para ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps AD); V) Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; VI) Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); VII) Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); VIII) Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; IV) Implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; X) Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; XI) Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Bloco da assistência farmacêutica; Bloco da atenção básica; Bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; Bloco de vigilância em saúde; Financiamento do SUS; Pacto de Gestão do SUS; Pacto pela Saúde; Planejamento em saúde; Termo de Limite Financeiro Global; Vigilância sanitária.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria n° 650, de 28 de março de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006; Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007; Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007.

## Bloco de vigilância em Saúde

Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de

ações e serviços da Saúde. Os recursos financeiros correspondentes às ações de vigilância em saúde agrupam as ações da vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, tendo dois componentes: da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde. O componente da vigilância sanitária é constituído pelo Termo de Ajuste e Metas (TAM) e pelo Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária (PAB Visa). Já o componente da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde é transferido, em parcelas mensais, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais de saúde. O valor das transferências mensais para estados, municípios e Distrito Federal, bem como seu respectivo limite financeiro, é estabelecido em portaria específica, de acordo com valores pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Integram ainda o componente vigilância epidemiológica e ambiental os recursos destinados às seguintes finalidades, com repasses específicos: o fortalecimento da gestão da vigilância em saúde nos estados e municípios (Vigi SUS II), as campanhas de vacinação e o incentivo do Programa DST e Aids. Os recursos destinados à contratação de agentes de campo para as ações de combate ao Aedes aegypti serão incorporados ao componente de vigilância epidemiológica e ambiental quando o gestor comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo. Os valores correspondentes ao componente de vigilância epidemiológica e ambiental destinados às secretarias estaduais e municipais de saúde podem ser revistos pela CIB, levando em consideração as responsabilidades assumidas, as modificações do perfil epidemiológico ou outros parâmetros consensuados, desde que observados os valores mínimos a serem destinados aos municípios estabelecidos na Portaria nº 1.172/04.

Bloco da assistência farmacêutica, Bloco da atenção básica, Bloco de gestão do SUS, Financiamento do SUS, Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde, Planejamento em saúde, Termo de Limite Financeiro Global, Vigilância sanitária.

Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004; Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 698, de 30 de março de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente abrange um conjunto de ações estratégicas que tem por objetivo ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e a qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. A Política Nacional de Saúde Bucal se embasa, do ponto de vista epidemiológico, nos dados obtidos por meio do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003, que é o maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal já realizado no País. Quase dez anos após a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizou-se, em 2004, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, oportunizando a participação popular na análise e na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. Seu relatório final foi votado integralmente pelos delegados e delegadas eleitos e presentes nos três dias da etapa nacional. As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família), a ampliação e a qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Saúde Bucal; Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; Saúde da Família; Fluoretação das Águas de Abastecimento Público; Centro de Especialidades Odontológicas; Laboratório Regional de Prótese Dentária..

Portarias GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006; Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006; Portaria GM/MS nº 1.572, de 29 de julho de 2004; Série Cadernos de Atenção Básica, nº 17 – Saúde Bucal em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php>.

# C

## Cadastramento de estabelecimentos de saúde

Ato do gestor municipal ou estadual cadastrar o estabelecimento de Saúde, de qualquer esfera administrativa, prestador ou não do SUS existente em seu território e sob a sua gestão (responsável pelo alvará de funcionamento), no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Cnes)

Acesse o site do Cnes (http://cnes.datasus.gov.br) e siga as instruções para cadastramento, clicando em "Como se cadastrar e obter o número do Cnes". Sobre legislação, consulte a opção "Institucional/Legislação" e para impressão das fichas Fces, clique na opção "Serviços/Recebimento de arquivo/Manuais Fichas"

Contratualização/Contratação de serviços de saúde, Habilitação.

o "Manual do CNES", no endereço http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/download.htm

## Cadeia de Cuidado Progressivo da Saúde (CCPS)

Atenção básica à Saúde.

## Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde

Cartão nacional de Saúde – Cartão SUS

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 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 Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego, Anvisa, Conass, Conasems, Conselhos de Fiscalização de Exercício Profissional, entidades de caráter técnico-científico e representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (alteração feita pela Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006, que reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde). Em seu regimento estão previstas audiências públicas como meio de aprofundar o debate com as representações profissionais, técnicas 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; Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Câmaras municipais/notificações sobre transferências financeiras e convênios

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 assembléias legislativas ou às câmaras acerca da assinatura de convênios con-

forme 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 n° 29, de 2000 (EC29); 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, relatório para análise e ampla divulgação, 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 (PMS) 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 devem orientar seus 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 B desta publicação – Contatos do SUS.

## Catálogo de materiais (Catmat)

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, 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) 3315-2936, do Ministério da Saúde; (61) 3313-1961, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, onde poderão ser solicitadas orientações e treinamento.



## Centrais de abastecimento farmacêutico

Local onde é feita a estocagem e a distribuição para hospitais, ambulatórios 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 de abastecimento farmacêutico, objetivando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição.

Assistência farmacêutica, Dispensação, 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 Cultural da Saúde (CCS)

Espaço cultural dinâmico e interativo de comunicação, documentação e informação, que objetiva favorecer o debate, a produção e a disseminação do saber, na área da Saúde Pública. O CCS tem como estratégias principais: ampliar a visão sobre a saúde, abrangendo outros campos do conhecimento e da atividade humana (como artes, meio ambiente, cidadania, violência, trabalho, etc.); democratizar e universalizar a informação em saúde, desmistificando doenças e fortalecendo as práticas preventivas; desenvolver uma abordagem histórica e

educativa sobre as políticas e principais temas da saúde pública, apresentando sua evolução, situação atual e resultados alcançados. O CCS realiza mostras artísticas e culturais itinerantes (em âmbito nacional e internacional), por meio da internet.

C

Solicitações de exposições e mostras podem ser feitas pelo site www.ccs.saude.gov.br, pelo e-mail ccs@ccs.saude.gov.br e pelos telefones (21) 2240-5568 e 2240-2813; Solicitações de cessão de espaço e estrutura para a realização de eventos voltados aos profissionais da Saúde e Educação podem ser feitas pelo e-mail ccs@ccs.saude.gov.br ou pelos telefones (21) 2240-5568 e 2240-2813; Sobre promoção de palestras, cursos e eventos culturais técnico-científicos, consulte o site www.ccs.saude.gov.br; o agendamento de visitas guiadas de grupos e escolas pode ser feito pelo telefone (21) 2240-5318 (o CCS dispõe de recepcionistas bilíngües).

Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS), Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Coned MS), Estação Biblioteca Virtual em Saúde (Estação BVS), Política Editorial.

www.ccs.saude.gov.br

## Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST ou Cerest)

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.



## Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme)

Tem por missão contribuir para o desenvolvimento da saúde, fortalecendo e ampliando o fluxo de informação em ciências da Saúde. Objetiva, além das atribuições definidas pela resolução dos Corpos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), a promoção da cooperação técnica em informação científica e técnica em saúde, com os países e entre os países da América Latina e do Caribe, com o intuito de desenvolver os meios e as capacidades, proporcionando acesso eqüitativo à informação científica e técnica em saúde, relevante e atualizada e de forma rápida, eficiente e com custos adequados.

Centro Cultural da Saúde (CCS), Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS), Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Coned MS), Estação Biblioteca Virtual em Saúde (Estação BVS), Política Editorial.

www.bireme.br

## 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 dessas 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.

Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial, em <http://www.saude.gov.br> (Saúde Mental); Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria n° 189, de 20 de março de 2002; Portaria n° 1.935, de 16 de setembro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação

## Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)



O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) é um serviço de referência para as Unidades Básicas de Saúde. Integrado ao processo de planejamento loco-regional o CEO oferta, minimamente, as seguintes especialidades odontológicas: cirurgia oral menor, 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. Existem três tipos de CEO, conforme sua capacidade assistencial: CEO Tipo I – com três cadeiras odontológicas, CEO Tipo II – com quatro a seis cadeiras odontológicas e CEO Tipo III – com sete ou mais cadeiras odontológicas. Tal iniciativa tem como objetivo a ampliação da capacidade assistencial do SUS quanto às ações de média complexidade em saúde bucal, no intuito de promover a integralidade na atenção à saúde bucal.

As normas e os requisitos para o credenciamento e financiamento dos CEO são estabelecidos em portarias específicas do Ministério da Saúde. O gestor estadual/municipal interessado deverá cumprir com os mecanismos formais de solicitação de implantação, e, em obtendo aprovação pelas instâncias competentes, fará jus ao recebimento de recurso financeiro federal específico para investimento e custeio.

Brasil Sorridente/política, Saúde Bucal.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (<www.saude.gov.br/dab>); Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006; Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006.

## Certificação dos hospitais de ensino

Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino.

## Ciclo da Assistência Farmacêutica

Sistema integrado e de seqüências lógicas cujos componentes apresentam naturezas técnicas, científicas e operativas que representam as estratégias e o conjunto de ações necessárias para a implementação da Assistência Farmacêutica. Os componentes ou etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica são: a correta seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, uso racional e acompanhamento e avaliação.

MARIN, et al. Assistência Farmacêutica: para gerentes municipais OPAS/OMS, Rio de Janeiro, 2003, 373 p.; BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília, 2001, 114p.

## Ciência e Tecnologia

Conceito amplo que compreende ações conexas de geração, difusão e aplicação de conhecimentos em todos os campos do saber, inclusive educação, gestão, informação, normalização, patentes, estudos e outras atividades ligadas à inovação e à difusão tecnológica.

## Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)

Setor responsável, no Ministério da Saúde, pela informação e gerenciamento de emergências em saúde pública, de relevância nacional e internacional. Nos estados e em alguns municípios, o equivalente são os Centros de Informação e Gerenciamento de Emergências em Saúde Pública. Estes setores, nos três níveis de gestão do SUS compõem uma rede integrada de informação de emergências, preparada para funcionar 24 horas por dia, todos os dias do ano. Estes centros

atuam sobre os agravos de notificação imediata discriminados no anexo II da Portaria de Doenças de Notificação Compulsória.

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22233>

C

## CIP

Comissão Intergestores do ProgeSUS; Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS).

## Clínica ampliada

Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde (eficácia terapêutica) e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida de modo prazeroso.

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. É certo que um diagnóstico sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso. Mas, isso

pode levar à suposição de que basta o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa. Entretanto, como já dizia um velho ditado: "na medicina, cada caso é um caso". E isto pode mudar, ao menos em parte, a conduta do médico. Por exemplo, se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se tem relacionamentos com outras pessoas ou não, se está empregada ou não, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença.

O diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas.

Vejamos um exemplo:

Um serviço de hematologia percebeu que mesmo tendo disponível toda a tecnologia para o diagnóstico e o tratamento dos pacientes com anemia falciforme, havia um problema que, se não fosse levado em conta, não resolveria a situação de muitos desses pacientes. A anemia falciforme acomete principalmente a população negra. Ora, é um fato importante que a história dessa população é marcada pela discriminação racial, um dos fatores que mais determinam a desigualdade social. No contexto em que o serviço de hematologia trabalha, o tratamento ficaria muito limitado se os técnicos e responsáveis do serviço ignorassem esta questão, uma vez que a sobrevivência dos pacientes está em jogo. Assim, no caso dos portadores de anemia falciforme que, por efeitos das suas condições socioeconômicas desiguais, só tenham acesso a trabalhos braçais, é necessário criar novas opções de trabalho para eles, uma vez que não poderão mais exercer esse tipo de trabalho. O serviço então se debruçou sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação para oferecer cursos a esses usuários, desde que o desejassem, abrindo-lhes assim novas opções de trabalho e melhorando a sua expectativa de vida. O serviço de saúde poderia ter se concentrado no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento, ignorando, como ainda é muito comum de acontecer, a história e a situação social das pessoas que estão sob seus cuidados.

PNH; HumanizaSUS; Co-gestão; Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS; Ambiência: Direito dos usuários da saúde; Filas nos serviços; Gestão Participativa.

Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual da Saúde/BVS em www.saude.gov.br/bvs/humanizacao; Sítio da PNH em www.saude.gov.br/humanizasus; Banco de Projetos da PNH – Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do SUS, em www.saude.gov.br/humanizasus e www.saude.gov.br/coopera; Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, no CD-ROM encartado nesta publicação.



## Cobertura

É a taxa de acesso de usuários potenciais ao serviço de saúde ou a programas específicos, com oferta sistematizada, proporcionada de forma contínua e em lugares geograficamente acessíveis. 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 nas Práticas de Produção de Saúde: Atenção à saúde; Humaniza SUS.

Constituição Federal de 1988, Lei nº 8080/90.

## Co-gestão

Gestão é uma prática configurada pela proposição, planejamento, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de processos que constituem uma determinada organização e as tarefas e as atividades por realizadas em

seu âmbito. Nas instituições de saúde, inclui a formulação, o planejamento, a programação, o orçamento, o gerenciamento, a execução, o monitoramento e a avaliação de planos, programas e projetos e deve contar com os mecanismos de controle social. A co-gestão é, por conseqüência, um modo de gestão compartilhado entre instituições do setor de saúde ou integrantes de outros setores governamentais ou da sociedade civil.

Muitos processos relacionados à melhoria do nível de saúde da população dependem da ação de outros setores governamentais, especialmente dos relacionados às políticas sociais e as organizações da sociedade civil. Nesses casos, as práticas de co-gestão têm o poder de potencializar as ações executadas, evitando paralelismos e desperdícios de esforços públicos. Para estabelecer processos de co-gestão, deve-se identificar a necessidade e promover uma negociação entre as instituições envolvidas, definindo-se, claramente, as atribuições, compromissos e deveres de cada uma delas, estabelecendo mecanismos permanentes de interação e integração das instituições. Pode-se constituir um comitê de gestão composto pelas partes do processo de co-gestão.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Comissões Intergestores Bipartites (CIB); Regionalização.

## Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS)

A base de dados ColecionaSUS é um mecanismo de divulgação da produção institucional da esfera federal dos SUS, que utiliza o aplicativo Lildbi, versão web, para sua descrição bibliográfica. Abrange, quanto à cobertura, por tipologia: monografias; periódicos; relatórios finais de projetos e programas de saúde; anuários estatísticos; materiais gerados a partir de eventos organizados pelas instituições cooperantes e materiais especiais, como folhetos, fôlderes, cartazes, fitas de áudio e vídeo, multimeios, etc.

Centro Cultural da Saúde (CCS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Conselho Editorial do Ministério da

Saúde (Coned MS), Estação Biblioteca Virtual em Saúde (Estação BVS), Política Editorial.

http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/bibliosus/colec.htm.



## Colegiados de Gestão Regional

Espaço permanente de pactuação, co-gestão solidária e cooperação das regiões de saúde que tem como objetivo fundamental garantir o cumprimento dos princípios do SUS. É imprescindível para a qualificação do processo de regionalização, sendo composto por todos os gestores municipais de saúde do conjunto de municípios que integram uma Região de Saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais) envolvido(s). Suas decisões devem se dar por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto dos gestores com os compromissos pactuados.

A constituição e a organização para funcionamento de um Colegiado de Gestão Regional deve adotar os seguintes procedimentos: 1) Composição do Colegiado, com as presenças dos gestores de saúde de todos os municípios envolvidos e da representação estadual. No caso da existência de Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) regionais, constituídas por representações e não sendo possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação no menor prazo possível para a inclusão de todos os municípios em seus respectivos Colegiados de Gestão Regional. 2) Constituição de uma estrutura de apoio ao Colegiado, por meio de câmara técnica e, eventualmente, grupos de trabalho formados por técnicos dos municípios e do estado. 3) Estabelecimento de uma agenda regular de reuniões. 4) Organização de uma estrutura de funcionamento do Colegiado que contemple a execução, com qualidade, das seguintes funções: instituição de processos dinâmicos de planejamento regional; atualização e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI); elaboração do desenho do processo regulatório, com a definição dos fluxos e protocolos; priorização das linhas de investimento; estímulo às estratégias de qualificação do controle social; apoio aos processos de planejamento locais.

Descentralização, Regiões de saúde, Responsabilização sanitária, Regionalização.

C

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 das Secretarias 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 das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), no Anexo B 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 Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no Anexo B desta publicação – Contatos do SUS.

## Comissões Intergestores Bipartites (CIB)

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização 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, por meio 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 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 B desta publicação – Contatos do SUS; Instâncias de pactuação.

## Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP)

Comissão instituída pela Portaria MS/GM n.o 2.261, de 22 de setembro de 2006, composta por representantes do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Coordenação-Geral de Recursos Humanos, do Departamento de Informática do SUS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, que tem por finalidade: a) apresentar proposições sobre o conteúdo e a metodologia das ações de capacitação para as equipes dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das secretarias de saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios e sobre o cronograma de desenvolvimento de cada ação; b) apresentar proposições de melhoria para

o funcionamento desses setores; c) apresentar proposição referente aos indicadores que serão usados na avaliação do impacto do ProgeSUS no que tange ao fortalecimento desses setores; d) acompanhar e apresentar proposições que contribuam para a eficaz execução do ProgeSUS; e) avaliar e classificar os projetos apresentados pelas Secretarias Municipais de Saúde na quarta etapa do componente I do ProgeSUS; f) definir o conjunto de dados que conformarão o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho.

Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

Portaria MS/GM n.º 2.261, de 22 de setembro de 2006.

## Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde

No primeiro semestre de 2007 tivemos um avanço significativo no sentido de efetivação das ações conjuntas implementadas pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, com a assinatura do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007. Este Decreto instituiu a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, regulamentando o disposto no Artigo 200 da Constituição Federal Brasileira, no que se refere à ordenação da formação dos profissionais da saúde, em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde, e com os princípios e diretrizes do SUS.

A Comissão Interministerial é composta por membros da Secretaria de Educação Superior (SESU), Secretaria de Educação a Distância (SEED) e Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), do Ministério da Educação, e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do Ministério da Saúde, além de representantes do Conass e Conasems.

Desempenha o importante papel de estabelecer as diretrizes para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento

de cursos superiores na saúde e ao provimento e à fixação de profissionais em áreas prioritárias, conforme necessidades regionais. Há um claro desafio para que possam ser efetivadas políticas públicas sólidas e de longo prazo, com o objetivo de que a formação em saúde venha atender, efetivamente, as necessidades da população brasileira.



A seguir, destacamos as atribuições da Comissão Interministerial:

I - subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde;

II - subsidiar a definição de critérios para a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos superiores na área da Saúde;

III - subsidiar a definição de critérios para a expansão da educação profissional, tecnológica e superior, incluindo a pós-graduação lato sensu nas modalidades de especialização, residência médica, multiprofissional e em área profissional na área da Saúde;

IV - identificar, periodicamente, a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde no âmbito do SUS, de forma a subsidiar políticas de incentivo à fixação de profissionais de saúde, conforme as necessidades regionais;

V - identificar, periodicamente, a capacidade instalada do SUS, a fim de subsidiar a análise de sua utilização no processo de formação de profissionais de saúde; e

VI - estabelecer diretrizes para a educação na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde na rede pública de educação básica.

Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007.

## Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)

Resultado de ampla articulação junto às diversas entidades e instituições repre-

sentativas da área da Saúde desde 2005. A Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, elencando suas principais atribuições.

C

Em 19 de julho de 2007 foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, que nomeia a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde(CNRMS) que conta com a representação do Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC), Conass, Conasems, Fórum Nacional de Residentes, Coordenadores, Tutores e Preceptores de Programas de Residência Multiprofissional, Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), Fórum das Executivas de Estudantes dos Cursos da Área da Saúde e Instituições de Ensino Superior.

A CNRMS, desde sua instalação, realiza reuniões mensais e tem trabalhado no sentido de regulamentar as Residências Multiprofissionais em Saúde e em Área Profissional de Saúde.

Residência Multiprofissional em Saúde.

Portaria Interministerial MEC/MS nº45, de 12 de janeiro de 2007 e Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho de 2007.

## Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço

Instância de gestão descentralizada (regional) e participativa da Política de Educação Permanente em Saúde. Deve estar vinculada aos Colegiados de Gestão Regional, como espaços que favorecem a articulação local de todos os atores institucionais, sejam da gestão, do controle social, das instituições de ensino e trabalhadores de saúde, para a identificação dos problemas locais e elaboração de estratégias educacionais para o seu enfrentamento. Entre suas atribuições estão: (1) apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; (2) Articular instituições

para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria; (3) Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; (4) contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e (5) apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.



No processo de alteração da Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política de Educação Permanente em Saúde, a modificação de "Pólos de Educação Permanente em Saúde" para "Comissões Permanentes de Educação Ensino-Serviço" foi bem aceita pela necessidade de ressignificar aquele espaço. Este nome recupera uma determinação legal, prevista ainda na lei orgânica da saúde, Lei Federal nº 8.080/1990, que em seu artigo 14 dispõe que estas instâncias seriam criadas para propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

## Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS

Fórum de discussão de natureza colegiada do Ministério da Saúde, instituído para formular políticas e diretrizes para a desprecarização dos vínculos de trabalho em saúde, sendo coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pelo Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação em Saúde (Degerts), criando assim, o Programa Nacional de

Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). O Comitê Nacional compõe-se de representantes de vários departamentos do Ministério da Saúde, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério do Trabalho e Emprego e de 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 e Portaria nº 928, de 2 de maio de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Comitê Técnico de Saúde da População Negra

Estratégia que visa à promoção da eqüidade em saúde para a população negra, que tem a finalidade de identificar demandas e provocar respostas do SUS, de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS). Surgiu a partir do estabelecimento de um termo de compromisso entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) para responder às necessidades de saúde da população negra. Coordenado pela Secretaria de Gestão Participativa (SGP), é composto por representações das secretarias do MS, do Conass, do Conasems, de organizações do movimento negro, das religiões de matriz africana que atuam em saúde e pesquisadores especialistas em saúde da população negra. Tem a responsabilidade de elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS, participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra e assessorar a criação de comitês estaduais e municipais.

Sua criação é recomendável nos distintos âmbitos da gestão do SUS, contemplando a participação de técnicos de diferentes áreas das secretarias estaduais de saúde, assim como representantes da sociedade civil, incluindo pesquisadores e representantes dos movimentos sociais.

Descentralização; Integralidade; Municipalização.

Portaria GM nº 1.678, 16 de agosto de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.



## Comitê Técnico de Saúde da População GLTB

Estratégia que visa à promoção da eqüidade em saúde para a população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais (GLTB). Objetiva a construção de políticas públicas de saúde voltadas a essas populações, a partir da articulação transversal entre diversos setores da área, de modo a alcançar um modelo de atenção integrado. Visa, fundamentalmente, à implementação e o monitoramento das políticas e programas voltados à população GLTB, com a participação da sociedade civil. Propõe-se a identificar as condições de saúde e de acesso à atenção desses segmentos populacionais, bem como formular políticas públicas que respondam às suas necessidades e demandas. É composto por representantes das diversas secretarias do Ministério da Saúde (MS) e das agências nacionais a ele vinculadas, além de um representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação, vinculado à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, e de representantes da sociedade civil organizada.

Sua criação é recomendável nos distintos âmbitos da gestão do SUS, contemplando a participação de técnicos de diferentes áreas das secretarias estaduais de Saúde, assim como representantes da sociedade civil, incluindo pesquisadores e representantes dos movimentos sociais.

Descentralização, Integralidade, Municipalização.

Portaria GM nº 1.678, 16 de agosto de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Compensação de Especificidades Regionais (CER)

A Compensação de Especificidades Regionais (CER) visa atender às especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade,

migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS. Os incentivos financeiros referentes à CER passaram a compor, a partir da publicação da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, a fração variável do Piso da Atenção Básica (PAB). Correspondem a percentuais do valor mínimo do PAB Fixo – definidos a partir da estratificação do IDH de cada unidade da Federação – multiplicados pela população de cada estado e do Distrito Federal. A cada ano, a transferência dos incentivos financeiros referentes à CER é regulamentada por meio de publicação de Portaria específica, a exemplo da Portaria nº 1.364, de 3 de julho de 2008, que define que, para o ano de 2008, os valores serão definidos conforme descrito a seguir: a) 9% para unidades da Federação com valor de IDH até 0,7; –b) 7% para unidades da Federação com valor de IDH maior que 0,7 e até 0,755; e –c) 5% para unidades da Federação com valor de IDH maior que 0,755.

Esses incentivos são transferidos diretamente a municípios, a partir de critérios regionais definidos pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

As Secretarias de Saúde dos Estados devem enviar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, documentação em que constem os critérios para alocação dos recursos, a listagem de Municípios com os valores e o período de transferência dos recursos, bem como a memória de cálculo pactuados na respectiva CIB.

Atenção Básica à Saúde; Política Nacional de Atenção Básica

Portaria nº 1.364, de 3 de julho de 2008, Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006.

## Complexo Industrial da Saúde

O Complexo Industrial e de Inovação em Saúde incorpora os setores industriais, que se articulam com a rede nacional de serviços de saúde para constituir um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas de interesse para o setor Saúde, voltadas para produção de insumos estratégicos como, por exemplo, medicamentos, fármacos, vacinas, hemoderivados, kits diagnósticos, além de equipamentos e materiais para uso em saúde. Essa outra dimensão do setor

Saúde, que vai além de sua dimensão social, configura um complexo de atividades produtivas de bens e serviços que alavanca segmentos-chave da sociedade contemporânea. Sob este prisma, a saúde é parte da política social e do sistema de proteção social e fonte de riqueza para o País.



Saúde no Brasil. Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Ministério da Saúde –, 304p.: il – (Série B: Textos Básicos em Saúde), Editora MS, Brasília: 2006 (ISBN 85-334-1199-5).

## 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 a 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 macrorregional, 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 (DRAC), no Anexo B desta publicação – Contatos do SUS.

## Comunidades quilombolas

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 socioculturais da população quilombola, o Ministério da Saúde (MS) vem adotando as seguintes estratégias: 1) inclusão da atenção à 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 Eqüidade 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.

Política de Saúde para a População do Campo e Política Nacional para a População Negra, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Artigo 1º, Parágrafo 1º); Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em http//conselho.saúde.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 nº 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.

C

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

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

## Conselheiros de saúde

Denominação comum aos integrantes titulares e suplentes dos Conselhos de Saúde das distintas esferas de gestão do SUS. Podem pertencer a qualquer dos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde, quais sejam: gestores, prestadores de serviços, trabalhadores ou usuários do sistema. Possuem mandatos por tempo determinado e devem ser democraticamente eleitos, garantindo sua legitimidade e representatividade. As posições que sustentam nos conselhos devem ser negociadas com seus representados e, portanto, devem traduzir o ponto de vista do seu segmento. Atualmente, estima-se que existam mais de 100 mil conselheiros de saúde em todo o País.

Para participar de um conselho de saúde, um cidadão precisa pertencer a alguma entidade, da qual será representante no colegiado. A maior parte dos Conselhos de Saúde existentes estabelece formatos eleitorais nos quais a população pode candidatar-se a participar. Em geral, a população organizada em entidades civis é a mais ativa nesse processo. Compete aos gestores da Saúde informar às populações de seus municípios sobre os mecanismos de participação e controle social definidos pela legislação de saúde, fomentando a eleição dos conselheiros locais, usando para isso as formas disponíveis de mobilização social.

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

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



## Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Coned MS)

É um colegiado normativo e deliberativo que define a política editorial, os critérios de avaliação e o planejamento das publicações nas áreas de atuação do MS. O Coned zela pelo cumprimento da política editorial do MS, ampliando e aprimorando a utilização das informações sobre saúde, assim como garantindo a qualidade dos seus produtos editoriais. Os principais objetivos do Coned são: editar publicações de qualidade que sirvam de instrumento gerencial e de ferramentas de trabalho para o Sistema Único de Saúde (SUS), nas esferas federal, estadual e municipal; preservar o acervo informacional em saúde; incentivar a pesquisa, o intercâmbio e as parcerias de interesse da saúde pública; promover amplo acesso público a essas informações, contribuindo para a participação e o controle social no setor Saúde.

Centro Cultural da Saúde (CCS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS), Estação Biblioteca Virtual em Saúde (Estação BVS), Política Editorial.

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/coned.htm

## Conselho Municipal de Saúde

É um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, 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 seu segmento, 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.

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 diligência 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, por meio 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 das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos de Saúde; Instâncias de pactuação.

<http://www.conass.com.br/>; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), no Anexo B desta publicação – Contatos do SUS.

## Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

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, eqüidade 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 B desta publicação – Contatos do SUS.

## Conselhos de gestão participativa

São órgãos colegiados que objetivam ampliar a inserção e a abrangência da participação democrática no processo de gestão das unidades de saúde. Têm o papel de contribuir para o aperfeiçoamento do processo de gestão e podem ter natureza deliberativa ou consultiva. Devem ser constituídos como órgãos colegiados permanentes, assegurando a participação da população, dos tra-balhadores e dos gestores 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 a im-plementação e fiscalização das recomendações e deliberações dos conselhos de saúde, em especial dos Planos de Saúde, além de avaliar e aprovar os relatórios de atividades, de produção e de desempenho da unidade de saúde. Devem dispor de informações sobre a qualidade do atendimento para o que reservam assento, como convidado permanente, ao ouvidor da unidade. Na ausência de ouvidoria, os conselhos de gestão participativa devem receber e analisar diretamente as

queixas da população atendida no local.

Os conselhos de gestão participativa 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 lhes proporcionar as condições necessárias, incluindo apoio técnico a seu pleno e regular funcionamento nas respectivas unidades de saúde.

Conselhos gestores de unidades de saúde; Atores sociais; Câmaras municipais/relacionamento; Co-gestão; Conselhos Municipais de Saúde; Controle social; ParticipaSUS; Relatório de gestão.

## Conselhos de Saúde

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do 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 n° 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 n° 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 n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Conselhos gestores de unidades de saúde

Conselhos de gestão participativa

## Consórcios intermunicipais de saúde

Também conhecidos como consórcios administrativos intermunicipais, são acordos despersonalizados, firmados entre entidades públicas de uma mesma espécie ou do mesmo nível, com a finalidade de desenvolver atividades comuns ou implementar programa de interesse comum. Têm natureza contratual e implicam a criação de uma pessoa jurídica de direito privado (civil ou comercial),

vinculada às finalidades do consórcio, para executá-lo, que assume os direitos e as obrigações inerentes. Apresentam estrutura de gestão autônoma e orçamentos próprios, constituídos e financiados pelos gestores municipais, objetivando solucionar demandas específicas ou problemas de saúde que não podem ser resolvidos, de forma isolada, por cada município. A partir da edição da Lei n. 11.107/2005, a instituição de consórcios na área de Saúde deve ser baseada em suas orientações.



Lei n. 11.107, de 06 de abril de 2005; Decreto n.6.017, de 17 de janeiro de 2007

## Consórcios Públicos

Consórcios públicos: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da federação, na forma da Lei n. 11.107/2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos.

Observados os limites constitucionais e legais, os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes que se consorciarem, inclusive, poderão desenvolver as ações e os serviços de saúde desde que obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS.

Os consórcios públicos, ainda que revestidos de personalidade jurídica de direito privado, observarão as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, admissão de pessoal (regido pela Consolidação das Leis do trabalho – CLT) e à prestação de contas.

Os entes da Federação consorciados respondem subsidiariamente pelas obrigações do consórcio público.

Consórcios podem ser constituídos para a execução de ações e programas, em áreas diversas da gestão pública, como saúde, manejo de resíduos sólidos, edu-

cação, abastecimento de água, esgotamento sanitário, uso comum de equipamentos e outras.

C

A constituição de um consórcio ocorre em três etapas: a) Protocolo de intenções:é o contrato preliminar que, ratificado pelos entes da Federação interessados, converte-se em contrato público; é subscrito pelo pelos chefes do Poder Executivo de cada um dos consorciados e deverá ser publicado na imprensa oficial, para conhecimento público, especialmente da sociedade civil. b) Ratificação: a ratificação do protocolo de intenções se efetua por meio de lei, na qual cada legislativo aprova o protocolo de intenções; assim, protocolo de intenções + ratificação = contrato de constituição do consórcio público. c) Estatutos:o consórcio público será organizado por estatutos cujas disposições, sob pena de nulidade, deverão atender a todas as cláusulas do seu contrato constitutivo; serão elaborados pela assembléia geral do consórcio público – os estatutos de consórcios públicos de direito público produzirão seus efeitos mediante publicação na imprensa oficial; no caso de consórcios públicos de direito privado, a personalidade jurídica do consórcio será adquirida mediante o registro dos estatutos no registro civil. Como o consorciamento é voluntário, nenhum ente federativo pode ser obrigado a se consorciar ou a permanecer consorciado. Entretanto, sua retirada de um consórcio já constituído dependerá de ato formal de seu representante na assembléia geral, na forma previamente disciplinada por lei: como o consorciamento se efetivou por ratificação de lei, sua retirada deve ser respaldada por lei específica. Além disso, a retirada ou a extinção do consórcio público não prejudicará as obrigações já constituídas. normas para a sua execução.

Lei n. 11.107, de 06 de abril de 2005; Decreto n.6.017, de 17 de janeiro de 2007.

## 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.

## Contenção de materiais patogênicos

Atividade envolvendo materiais biológicos patogênicos ou potencialmente patogênicos em condições que não permitam seu escape ou liberação para o meio ambiente. Pode ser realizada em pequena ou grande escala.

Biossegurança

Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 60p.: il - (Série A: Normas e Manuais Técnicos), Editora MS, Brasília: 2004 (ISBN 85-334-0793-9) ou pelo endereço www.saude.gov.br/editora.

## 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 custeios 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[2], no parágrafo único do artigo 199, que diz: "As instituições privadas poderão participar do SUS 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 se pode prever a articulação com ações de programação, regionalização, controle, regulação do acesso e de avaliação. A contratação é instrumento necessário ao controle e à 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

[2] BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

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 de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), no Anexo B desta publicação – Contatos SUS; Caderno SAS – Orientações para Contratação de Serviços de Saúde/MS, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Contratualização/Contratação de serviços de saúde

Ato do gestor municipal ou estadual contratar e/ou conveniar um estabelecimento de saúde já cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Cnes), para atendimento ao SUS, após ter sido identificada necessidade de complementar a oferta de serviços, em consonância com a programação e visando à ampliação da cobertura assistencial à população. A contratação pode referir-se a serviços ambulatoriais (prestador SIA), serviços hospitalares (prestador SIH) ou a ambos.

Os contratos de prestação de serviços devem ser entendidos como instrumentos de gestão, pois legitimam a relação do gestor com os prestadores de serviços de saúde. A Portaria 1.286, de 26/10/93 está sendo reformulada com

a inserção de regras e orientações para contratação de serviços de saúde, visando a atualizar as diretrizes vigentes.

Cadastramento de estabelecimentos de saúde; Habilitação.

Portaria nº 414, de 11 de agosto de 2005.

C

## 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 pelos prestadores 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 (DRAC), no Anexo B desta 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

C

Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS.

Conselho Municipal de Saúde, Financiamento do SUS.

http://www.conasems.org.br; Lei n° 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 15/1/1997.

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, em <http://www.fns.saude.gov.br>.

## Cosméticos e produtos de beleza/registro

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 de ações de vigilância nas unidades de produ-

ção, o município poderá solicitar o apoio e orientação da vigilância estadual.

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



## Credenciamento

É o ato do gestor municipal distrital e estadual certificar um estabelecimento de saúde para a realização de procedimentos constantes nas tabelas do SUS, que pode necessitar ou não de ratificação do gestor federal (habilitação), conforme normas vigentes.

## Credenciamento na Saúde da Família

Anteriormente denominado de "Qualificação da Saúde da Família" este termo refere-se à autorização da esfera estadual e/ou federal para implantar a Estratégia Saúde da Família após sua solicitação por parte do município ou Distrito Federal. O processo de credenciamento da Saúde da Família se inicia com o município ou o Distrito Federal elaborando uma proposta de implantação da Saúde da Família em conformidade com as orientações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estadual e/ou Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A proposta deverá ser aprovada no conselho municipal de saúde e encaminhada para a CIB estadual para apreciação e aprovação, as secretarias estaduais de saúde encaminham à esfera federal que analisa o pedido e encaminha para publicação no D.O.U.

Atenção Básica à Saúde; Saúde da Família; Saúde Bucal.

Política Nacional da Atenção Básica; <www.saude.gov.br/dab>.

## Custo-benefício em saúde

Avaliação econômica completa de tecnologias, no âmbito da Saúde, em que tanto os custos das tecnologias comparadas quanto seus efeitos são valorizados em unidades monetárias.

C

Custo em saúde, Custo-efetividade em saúde, Custo-minimização em saúde, Custo-utilidade em saúde, Avaliação econômica em saúde.

## Custo de oportunidade

Custo para a sociedade da disponibilização de uma determinada tecnologia sanitária à população à medida que os recursos empregados para tal ficam indisponíveis para outros fins. Pode também ser definido como o valor da melhor alternativa não-concretizada em conseqüência da utilização de recursos limitados na produção de um determinado bem ou serviço de saúde. Por exemplo, se um gestor decide contruir um hospital em um terrno vazio de propriedade pública, o custo de oportunidade é representado pela renúncia ao capital investido, por exemplo, na compra de ambulâncias.

Avaliação econômica em saúde.

## Custo-efetividade em saúde

Avaliação econômica completa, no âmbito da Saúde, que compara distintas intervenções cujos custos são expressos em unidades monetárias e os efeitos em unidades clínico-epidemiológicas.

Custo em saúde, Custo-benefício em saúde, Custo-minimização em saúde, Custo-utilidade em saúde, Avaliação econômica em saúde.

## Custo em saúde

Valor de recursos empregados em terapêuticas, programas ou serviços de saúde, durante um período de tempo.

Avaliação econômica em saúde.



## Custo-minimização em saúde

Avaliação estritamente econômica pela qual se comparam os custos de duas ou mais tecnologias aplicadas na área da Saúde, sendo que os efeitos das mesmas sobre a saúde da população são considerados similares.

Custo em saúde, Custo-efetividade em saúde, Custo-benefício em saúde, Custo-utilidade em saúde, Avaliação econômica em saúde.

## Custo-utilidade em saúde

Avaliação econômica completa que permite a comparação entre quaisquer tipos de intervenções de saúde, assim como dos efeitos das mesmas, medidos em anos de vida ajustados pela qualidade (Avaq). Os custos das intervenções de saúde são expressos em unidades monetárias.

Custo em saúde, Custo-efetividade em saúde, Custo-benefício em saúde, Custo-minimização em saúde, Avaliação econômica em saúde.

# 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 número de óbitos e a incidência 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 muni-

cípios – 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 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, dentre outras, são importantes para o controle do vetor. A principal prioridade do programa é evitar a ocorrência de óbitos, diante da situação epidemiológica do País, onde os sorotipos DEN-1, DEN-2 e DEN-3 circulam simultaneamente.

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


Dengue/programa

D

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, Eqüidade em saúde, Integralidade, Municipalização, Regionalização, Universalidade da saúde.

Gestão Financeira do SUS – Manual Básico.

## Desenvolvimento sustentável

"O Desenvolvimento Sustentável é aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem às suas próprias necessidades." (Gro Brundtland, presidente da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento – Relatório Nosso Futuro Comum – Noruega 1987).

Este é o conceito oficial, do qual derivaram todos os outros. Embora nem sempre explicitado, este conceito foi reafirmado nos seguintes documentos: Declaração de Estocolmo (1972); Agenda 21 (1992); Declaração do Rio (1992); Carta da Terra (1992); Convenção sobre Diversidade Biológica (1992); Convenção sobre Mudanças Climáticas (1992) e Declaração do Milênio (2000).

Seguridade social, Vigilância ambiental em Saúde (VAS).

## Desnutrição

Expressão biológica da carência prolongada da ingestão de nutrientes essenciais à manutenção, ao crescimento e ao desenvolvimento do organismo humano. Notas: 1) É um processo orgânico, determinado socialmente, na medida em que o sistema político-econômico regula o grau de acesso aos alimentos. 2) Esse estado refere-se normalmente ao tipo de desnutrição energético-protéica.

Alimentação Saudável; Distúrbios Nutricionais.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

D

## Desprecariza SUS

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

## Difusão de Tecnologia

Refere-se à propagação do uso da tecnologia, de acordo com as suas diferentes fases: futura, experimental, investigacional, estabelecida e obsoleta.

## Diretrizes Assistenciais

São posicionamentos ou recomendações sistematicamente desenvolvidas para orientar profissionais da saúde e usuários dos serviços acerca de cuidados de saúde apropriados para circunstâncias clínicas específicas.

## Distúrbios nutricionais

São problemas de saúde relacionados ao consumo inadequado de alimentos (tanto por escassez quanto por excesso) e à carência de nutrientes e/ou micronutrientes como ferro, ácido fólico, iodo e vitamina A, entre outros. Notas: 1) Tanto a desnutrição quanto a obesidade são distúrbios nutricionais. 2) Outros exemplos relevantes para a Saúde Pública, em termos de magnitude, são a ane-

mia ferropriva, a hipovitaminose A e o bócio endêmico.

## Distúrbios por deficiência de iodo (DDI)



A deficiência de iodo pode causar distúrbios como cretinismo em crianças (retardo mental grave e irreversível), surdo-mudez, anomalias congênitas, bem como a manifestação clínica mais visível – bócio (hipertrofia da glândula tireóide). Além disso, a má-nutrição de iodo está relacionada com altas taxas de natimortos e nascimento de crianças com baixo peso, problemas no período gestacional, e aumento do risco de abortos e mortalidade materna.

Desnutrição; Distúrbios Nutricionais.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## Direitos dos usuários

Os Direitos dos usuários da saúde estão especificados na Carta dos Direitos dos usuários da saúde elaborada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite, ela se baseia nos seis princípios básicos de cidadania. Com ela, o cidadão poderá conhecer quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde dos brasileiros. De acordo com o primeiro princípio da carta, todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde. Assim, fica garantida aos usuários a facilidade de acesso aos postos de saúde, especialmente aos portadores de deficiência, gestantes e idosos. O segundo e terceiro princípios do documento esclarecem o cidadão sobre o direito a um tratamento adequado para seu problema de saúde. Também faz referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (preconceito de raça, cor idade ou orientação sexual, estado de saúde ou nível social).

O quarto princípio da carta garante que o atendimento prestado ao cidadão deve respeitar a sua pessoa, seus valores e seus direitos. Fica assegurado ao paciente, por exemplo, o conhecimento de seu prontuário médico, sempre que solicitado por ele. O quinto princípio fala sobre as responsabilidades do cidadão para que ele tenha um tratamento adequado. Por exemplo: o paciente nunca deve mentir ou dar informações erradas sobre seu estado de saúde, pois essa atitude pode prejudicar a precisão do diagnóstico dado pelo médico. .
O sexto princípio da carta garante que todos os princípios da carta sejam cumpridos. Segundo ele, é necessário que todos os gestores da saúde, representantes das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), se empenhem para que os direitos dos cidadãos sejam respeitados.



Participação social em saúde.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Portaria GM/MS nº 675, de 30 de março de 2006; no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Diretrizes orçamentárias/legislação

A Constituição Federal de 1998, 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 n° 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 fun-

dada 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 conferidos 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 eqüidade 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

Dispensação 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, dentre 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 de abastecimento farmacêutico, 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

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).



A Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002 define procedimentos para celebração de convênios de natureza financeira pela Fundação Nacional de Saúde (Fanasa), nos casos que especifica e implanta o sistema de convênios Siscon. A Portaria nº 151, de 2006, 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>, clique no link "Pleitos" e entre com os dados da prefeitura e a solicitação. Os municípios que poderão solicitar os pleitos são os que fazem parte da área considerada de alto risco e aqueles dos estados da BA, MG e RS que notificaram o encontro do Triatoma infestans.

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 diarréica aguda (DDA)

As doenças diarréicas agudas (DDAs) – diarréia, disenteria e gastroenterites – são importantes causas de adoecimento e mortalidade no Brasil, principalmente entre crianças menores de 5 anos. As DDAs têm relação direta com a falta de saneamento básico, desnutrição crônica, ingestão de alimentos e água contaminados com bactérias, vírus, parasitas, entre outros fatores que interferem na condição de vida e saúde da população. Para prevenção das DDAs, deve-se sempre ter muita atenção nos cuidados de higiene da família (indivíduo) e da sociedade (coletivo). Medidas preventivas são essenciais, uma vez que o tratamento de um quadro de diarréia não evita uma nova infecção, caso o meio ambiente ou os hábitos de higiene permaneçam inalterados. Deve-se utilizar o hipoclorito de sódio a 2,5% para desinfecção da água para consumo humano. O acompanhamento dos casos de diarréia, com utilização do soro de reidratação oral (SRO) é de extrema necessidade para evitar a desidratação que pode levar ao óbito. A notificação deve ser feita pelas unidades de saúde sentinela que realizam o monitoramento das doenças diarréicas agudas (MDDA). Em situações de surtos de DDA causados por água ou alimentos (surto de doença transmitida por alimento – DTA), a notificação deve ser feita por meio da ficha de notificação de surtos do Sinan à SMS, que procederá à investigação.

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

## Doença Falciforme

É um grupo de doenças genéticas hereditárias que faz parte das hemoglobinopatias. Dentre essas doenças a anemia falciforme é a mais freqüente no Brasil e também a mais grave. É causada por uma modificação (mutação) no gene (DNA) que, em vez de produzir a hemoglobina A (HbA), produz uma hemoglo-

bina chamada S (HbS). Se uma pessoa recebe um gene do pai e outro gene da mãe, que produzem a hemoglobina S, ela possui um padrão genético chamado SS (homozigoto), causador da anemia falciforme. O gene que produz a hemoglobina S pode combinar-se com outros genes que causam alterações na hemoglobina A, especialmente com a hemoglobina C (HbSC), a hemoglobina D (HbSD), ou ainda a interação com as talassemias alfa (HbS/Tal.Alfa) e beta (HbS/Tal.Beta). Essas combinações, onde têm pelo menos um gene que produz a hemoglobina S, são denominadas doenças falciformes. Nas pessoas com essa doença, as hemácias em determinadas situações, assumem a forma de "meia-lua" ou "foice", daí o nome falciforme. Por esse motivo as hemácias têm dificuldade em circular pelos vasos sanguíneos e não oxigenam o organismo de maneira satisfatória, essa má circulação causa muitas dores e diversos outros problemas. Os sintomas podem ser muito diversificados, enquanto algumas pessoas podem apresentar sintomas brandos, outras, em sua maioria, apresentam quadros severos de dores ósseas, dores no abdome, infecções repetidas podendo levar à morte. A intensidade das crises varia conforme a idade da pessoa e a presença de outros tipos de hemoglobinas associados com a hemoglobina S. Os bebês apresentam crises de dores, são mais vulneráveis a infecções e pode ocorrer inchaço nas mãos e nos pés. Nas crianças maiores, as dores ocorrem com maior freqüência nas pernas, nos braços e no abdome. Algumas pessoas podem ser acometidas por derrame cerebral e apresentar palidez e ter o branco dos olhos amarelado, sinal conhecido como icterícia. Com base nos dados do Programa de Triagem Neonatal/Ministério da Saúde, nascem por ano, no país, cerca de 3.500 crianças com doença falciforme e 200.000 portadoras do traço falciforme (HbAS). Um cenário que caracteriza essa doença como um relevante problema de saúde pública. Na maioria dos estados brasileiros, os hemocentros têm sido os principais Centros de Referência para o acompanhamento e tratamento das pessoas com doença falciforme conforme protocolos do Ministério da Saúde. As pessoas com a doença devem ser acompanhadas por equipe multidisciplinar nos serviços de saúde e orientadas quanto aos cuidados necessários para prevenir complicações e diminuir manifestações clínicas.

A adoção de um programa de atenção integral às pessoas com doença falciforme por estados e municípios, representa grande benefício e melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas acometidas por essa doença.

Fenilcetonúria (PKU); Hipotireoidismo congênito (HC); Talassemias; Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>; Portaria n.º 391, de 16 de agosto de 2005; Portaria n.º 1.852, de 9 de agosto de 2006; Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, 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

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. As seguintes doenças devem ser notificadas e

registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): aids, botulismo, carbúnculo ou antraz, cólera, coqueluche, dengue, difteria, febre tifóide, doença de Creutzfeldt-Jacob, doença de Chagas (aguda), doenças exantemáticas (sarampo, rubéola etc.), doenças meningocócicas e outras meningites, esquistossomose (em área não endêmica), eventos adversos pós vacinação, febre amarela, febre do Nilo ocidental, febre maculosa, febre tifóide, HIV em gestante, hanseníase, hantavirose, hepatites virais, influenza humana por novo subtipo (pandêmico), leishmaniose tegumentar americana e visceral, leptospirose, malária, paralisia flácida aguda, peste, poliomielite, raiva humana, síndrome da rubéola congênita, sífilis congênita e em gestante, síndrome febril ictero-hemorrágica aguda, síndrome respiratória aguda grave (SARS), tétano, tularemia, tuberculose e varíola. Essas doenças exigem atenção especial da vigilância epidemiológica. As ações preventivas e de controle são norteadas pelas notificações recebidas. Além disso, o acompanhamento dos casos possibilita identificar a ocorrência de surtos e epidemias. Para a vigilância das paralisias flácidas e do sarampo, é necessário ainda notificar a não ocorrência da doença – Notificação Negativa.

Para a maior parte desses agravos, a notificação deve ser feita quando existe suspeita da doença, sem necessidade de aguardar sua confirmação. Os agravos discriminados no anexo II da Portaria SVS/MS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, além da notificação periódica semanal no Sinan, devem ser comunicados imediatamente, em no máximo 24 horas a partir da suspeita inicial, às secretarias de saúde (municipal e estadual) e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), por meio de telefonema, fax ou e-mail. Caso as secretarias não disponham de infra-estrutura (finais de semana, feriados etc.), a notificação imediata deverá ser feita à SVS/MS por meio de mensagem para notifica@saude.gov.br ou <www.saude.gov.br>.

Documentação referente ao Sinan e dados disponíveis em <www.saude.gov.br/sinanweb>; Informações sobre cada agravo e sobre Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) disponíveis em <www.saude.gov.br/svs>; Portaria SVS/MS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 doenças crônicas não transmissíveis (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 e proteção na população, identificando condicionantes sociais, econômicos e ambientais.

Epidemia/controle; Saúde da Família; Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), no Anexo C 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, reservação, 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.

O Ministério da Saúde financia ações de manejo ambiental 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 mosquito anofelino transmissor da malária, de forma a orientar as ações de drenagem.

Abastecimento de água, Esgotamento sanitário.

## Esgotamento sanitário

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.

## 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 eqüidade 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 alimentar e nutricional

Processo que tem por objetivo ajudar a compreender os princípios básicos de nutrição, a escolher os alimentos apropriados de acordo com a cultura, a assegurar a todos uma alimentação tão equilibrada quanto permitam a produção local e o poder aquisitivo, a observar as regras de higiene na manipulação e conservação dos alimentos para a promoção integral da saúde dos indivíduos e das famílias.



Alimentação Saudável.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

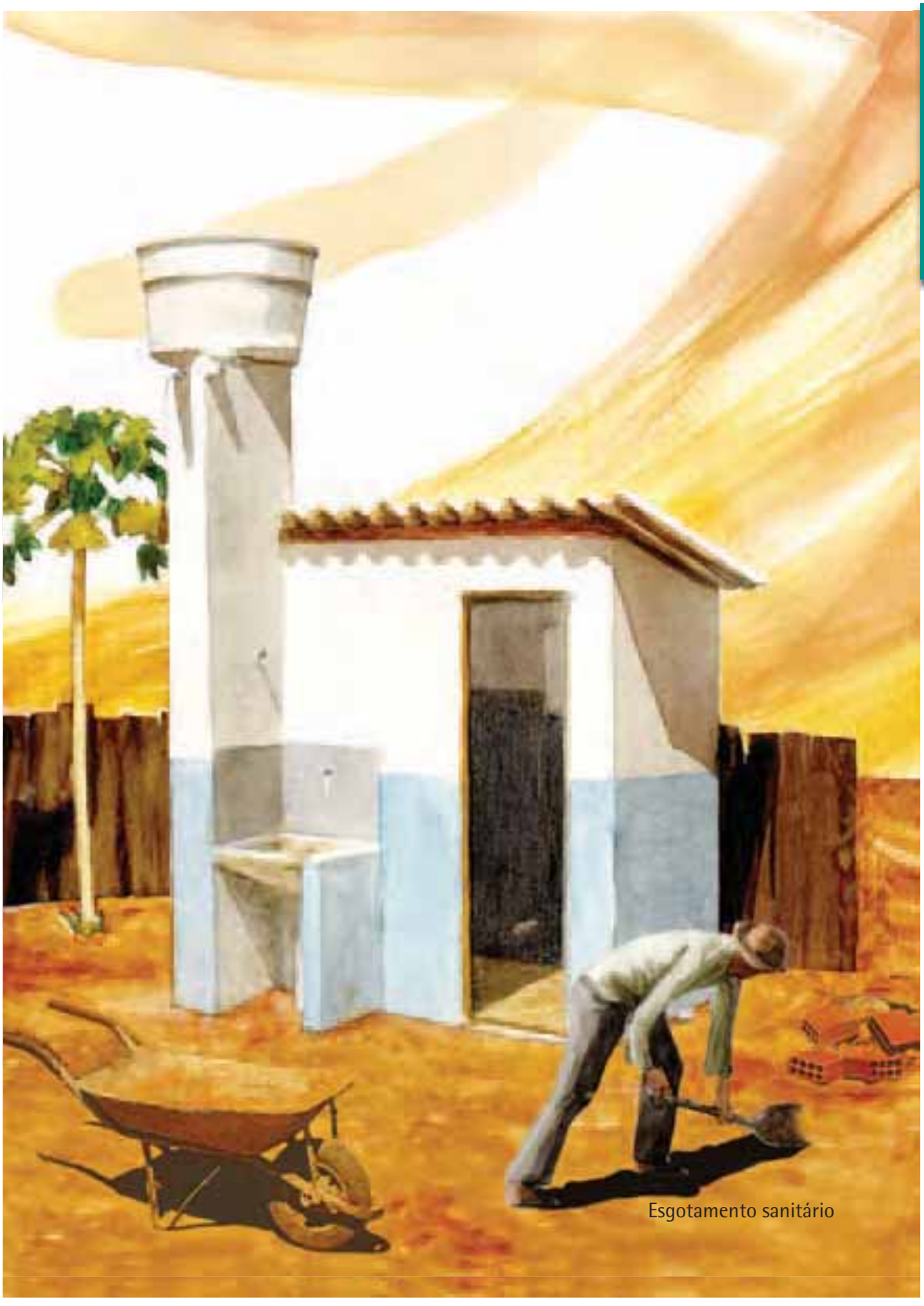
## Educação continuada

Processo de aquisição seqüencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

Política de Educação Permanente em Saúde.

## Educação em saúde

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.


Esgotamento sanitário

Política de Educação Permanente em Saúde.

## Educação popular em saúde

Processo que objetiva promover, junto à sociedade civil, a educação em saúde, baseada nos princípios da reflexão crítica e em metodologias dialógicas (ou seja, que tenham como base o diálogo). É instrumento para a formação de atores sociais que participem na formulação, implementação e controle social da política de saúde e na produção de conhecimentos sobre a gestão das políticas públicas de saúde, o direito à saúde, os princípios do SUS, a organização do sistema, a gestão estratégica e participativa 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.

## Efetividade em saúde

Probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia em saúde direcionada a um determinado problema em condições reais de uso.

Avaliação de tecnologias em saúde.

## Eficácia em saúde

Probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia em saúde direcionada a um determinado problema em condições controladas de uso.

Avaliação de tecnologias em saúde.

E

## Eficiência em saúde

Relação entre os custos decorrente da provisão de um cuidado em saúde com os benefícios advindos do mesmo.

Avaliação de tecnologias em saúde.

## Emenda Constitucional n° 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 assembléias 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.

## Endemias / FILARIOSE LINFÁTICA

A filariose linfática é uma doença parasitária crônica, causada pelo verme nematóide Wuchereria bancrofti, sendo também conhecida como bancroftose. A presença desses vermes adultos nos vasos linfáticos provoca lesões que podem levar a incapacidades físicas permanentes ou de longo prazo. Entre as manifestações clínicas, estão a hidrocele e o linfedema, o qual pode evoluir para um quadro clínico de elefantíase. Os vermes adultos, quando alojados nos vasos linfáticos ou linfonodos, podem eliminar microfilárias que são detectáveis no sangue periférico. A transmissão ocorre pela picada das fêmeas do mosquito Culex quinquefasciatus infectadas com larvas do parasito.

Atualmente no Brasil presume-se que áreas com transmissão dessa doença estejam restritas aos municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista, todos na Região Metropolitana do Recife.

Entre as medidas de controle estão: triagem populacional por meio do exame

de "gota espessa", seguido do tratamento dos indivíduos detectados com microfilárias; e tratamento coletivo das populações que vivem em áreas endêmicas. As pessoas com manifestação clínica estão sob os cuidados dos técnicos que prestam assistência básica, ou são encaminhadas aos hospitais públicos quando necessário.



## Endemias / ONCOCERCOSE

A Oncocercose é uma doença parasitária crônica, exclusiva de humanos, causada pelo verme Onchocerca volvulus. Caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos fibrosos em várias regiões do corpo. Os nódulos são indolores e móveis e neles se alojam os vermes adultos. Estes eliminam microfilárias que, ao se desintegrarem na pele, causam manifestações cutâneas, que podem ser agudas e crônicas. A migração das microfilárias pode atingir os olhos, provocando lesões oculares variadas, podendo levar à cegueira.

A maior parte das pessoas infectadas são assintomáticas. No entanto, com o passar do tempo os sintomas e sinais podem aparecer, constando basicamente de: nódulos no corpo ou na cabeça; lesões na pele; doença dos olhos.

A prevalência da oncocercose é influenciada pela proximidade dos rios e afluentes, que se constituem o local de desenvolvimento larvar do vetor, por essa razão a doença é conhecida como "cegueira dos rios".

No Brasil, a oncocercose acomete quase somente os indígenas residentes no território yanomami, e mais alguns não índios que permanecem no território por motivos profissionais, lidando com a assistência aos indígenas.

Existe tratamento eficaz (ivermectina), utilizado em programas de tratamento coletivo das comunidades das áreas endêmicas.

## Endemias / PESTE

Doença infecciosa aguda provocada por bactéria (YersInia pestis) e transmitida pela picada de pulgas infectadas, que se manifesta sob três formas clínicas principais: bubônica, septicêmica e pneumônica.

No Brasil a Peste se mantém em diversas áreas de serras e chapadas na zona rural, constituindo focos naturais, no Nordeste, Minas Gerais e na serra dos Órgãos, no estado do Rio de Janeiro. Os focos do Nordeste encontram-se distribuídos em zonas pestosas nos estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Bahia.

Uma vez que a Peste se mantém em focos naturais que por definição são permanentes ou de longuíssima duração, são desenvolvidas atividades sistemáticas permanentes de vigilância e controle nos nove estados endêmicos, com o objetivo de monitorar sua circulação na natureza, e agir preventivamente para reduzir a ocorrência de casos humanos e prevenir surtos e óbitos pela peste.

Doenças de notificação compulsória.

Glossário de Doenças e outros tópicos de A a Z no endereço <www.saude.gov.br/SVS>.

## Ensaio clínico controlado randomizado

Estudos clínicos com seleção aleatória de pacientes.

## Ensaio clínico controlado não randomizado

Estudos clínicos sem seleção aleatória de pacientes.

## Epidemia/controle

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 freqüência 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.

## 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 nas Práticas de Produção de Saúde; 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.

Eqüidade em Saúde, Descentralização, Integralidade, Municipalização.

## 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. Implica implementar mecanismos de indução de políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde, por meio de diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores do Ministério da Saúde (MS), pesquisadores e lideranças de movimentos sociais. Objetiva alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades especiais. Os comitês e grupos de trabalho de promoção da eqüidade em saúde são coordenados pela Secretaria de Gestão Participativa (SGP), que orienta o trabalho para as seguintes situações de exclusão social: população rural, população negra, população cigana e grupos com orientação sexual com demandas específicas ao SUS (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB).



A constituição de comitês e grupos de trabalho tem se evidenciado um eficiente mecanismo para dar visibilidade às demandas específicas desses grupos populacionais em situação de exclusão social. É recomendável que sejam criados nos distintos âmbitos da gestão do SUS, devendo sempre contemplar a participação dos técnicos das diferentes áreas das secretarias de saúde, representantes da sociedade civil, incluindo pesquisadores, e dos movimentos sociais.

Descentralização; Integralidade Municipalização.

## Escolas técnicas do SUS (ET SUS)

São instituições governamentais que têm como função principal promover a profissionalização de trabalhadores e empregados, sem qualificação específica, que atuam no setor da Saúde. Respondem a demandas por formação profissional, locais e regionais, em todas as categorias de nível médio, independentemente do número de profissionais a serem capacitados e de acordo com as necessidades do SUS.

Formação profissional técnica por itinerário, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Política de Educação Permanente em Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae).

## Esgotamento sanitário

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 doenças relacionadas 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 paratifóide, diarréias 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 tecnopolítica 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, entre os quais se destacam as comissões intergestores.

Colegiados de Gestão, Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Regionalização.

## Esquistossomose

E

A esquistossomose mansônica é uma doença infecciosa parasitária, causada por vermes do gênero Schistosoma que vivem na corrente sangüínea do hospedeiro definitivo, o homem, cuja evolução clínica pode variar desde a forma assintomática até as extremamente graves. A transmissão da doença, numa região, depende do contato humano com águas superficiais onde existam caramujos de água doce infectados (hospedeiros intermediários). No Brasil, as três espécies de importância na transmissão da doença são: Biomphalaria glabrata, Biomphalaria straminea e Biomphalaria tenagophila.

O Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (PCE) tem como objetivos: evitar ou reduzir a ocorrência de formas graves e óbitos; reduzir a prevalência da infecção e interromper a expansão da endemia. A Vigilância Epidemiológica da esquistossomose está centrada na busca ativa dos portadores de Schistosoma mansoni por meio de inquéritos coproscópicos periódicos, da demanda espontânea à rede básica de serviços de saúde, e o tratamento dos infectados em tempo oportuno. As estratégias para o controle da doença são: diagnóstico precoce e quimioterapia dos portadores de S. mansoni; controle dos hospedeiros intermediários; obras de saneamento domiciliar e ambiental; educação em saúde e mobilização comunitária. O PCE está descentralizado para as gestões municipais. Esse processo intensificou-se a partir de 1999 após a regulamentação das regras de financiamento das ações de vigilância e controle de doenças e recentemente da Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP-VS). Constituem a área endêmica os estados do Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás e o Distrito Federal. Registra-se maior intensidade de transmissão na região Nordeste e Norte do estado de Minas Gerais. É doença de notificação compulsória em áreas não endêmicas.

Doenças de notificação compulsória.

Mais informações em Glossário de Doenças e outros tópicos de A a Z no endereço <www.saude.gov.br/SVS>.

## Estação Biblioteca Virtual em Saúde (Estação BVS)

E

Espaço de acesso público que dispõe de computadores, impressoras e mobiliário adequado para a realização de pesquisas pela internet, com orientação de profissionais especializados. Permite acesso livre e gratuito a informações técnico-científicas em saúde, geradas por instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) e acadêmicas, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde Pública – Brasil (BVS SP – Brasil). Atende a gestores, pesquisadores, estudantes, profissionais em saúde e sociedade. O objetivo da Estação BVS é democratizar o acesso a fontes de informação, na área da Saúde Pública, consolidando a Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde (Rede BiblioSUS).

Critérios para implantação de uma unidade da Estação BVS: atuação das Secretarias Estaduais de Saúde em projetos de ciência e tecnologia em saúde; existência de centros de documentação e/ou informação estruturados; alinhamento com a agenda de prioridades do Governo Brasileiro.

Centro Cultural da Saúde (CCS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS), Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Coned MS), Política Editorial

http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/estacao/bvs.asp

## Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA Brasil)

Com a finalidade de investigar os determinantes e a incidência das doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e outras doenças crônicas em uma amostra po-

pulacional de adultos, o Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério de Ciência e Tecnologia, financia estudos longitudinais nesse campo temático desenvolvidos por um consórcio formado por sete instituições de pesquisa, envolvendo 15 mil participantes funcionários de instituições públicas de ensino superior e pesquisa com o objetivo de investigar aspectos epidemiológicos, clínicos e moleculares de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares e o diabetes mellitus tipo 2.



É uma iniciativa pioneira no Brasil por ser realizada em várias cidades e por acompanhar as pessoas estudadas por um longo período de tempo. Graças a pesquisas semelhantes desenvolvidas em outros países, hoje se sabe, por exemplo, da importância de cuidados com a pressão arterial e com a dieta na prevenção dessas doenças. Entretanto, ainda há aspectos importantes sobre sua ocorrência, que necessitam de informações para orientar os programas de controle em nosso país.

## Estudo Multicêntrico Randomizado de Terapia Celular em Cardiopatias (EMRTCC)

O EMRTCC é um estudo clínico duplo-cego randomizado que tem como objetivo testar a eficácia da terapia com células-tronco autólogas em 1.200 pacientes, 300 para cada uma das quatro cardiopatias analisadas: infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica crônica do coração, cardiomiopatia dilatada e cardiopatia chagásica. Estão envolvidos quatro centros-âncora, diversos colaboradores, os setores público e privado, além de diversas instituições de pesquisa. A duração prevista do estudo é diferente para cada uma das patologias: até 36 meses para cardiopatia chagásica, 30 meses para dilatada, 24 meses para doença isquêmica crônica e até 18 meses para o infarto agudo do miocárdio.

## ET SUS

Escolas técnicas do SUS.

## Execução física e financeira/convênios

Convênios federais de Saúde.

## Facilitadores de educação permanente em Saúde

Cidadãos envolvidos com o SUS nos âmbitos da gestão, educação, atenção ou controle social que acompanham e facilitam a reflexão crítica sobre os processos de trabalho no SUS. Os facilitadores são as pessoas que ajudam e impulsionam as ações de educação permanente em saúde em todo o País, não é uma profissão específica, nem um cargo público.

Formação de facilitadores de educação permanente em Saúde, Política de Educação Permanente em Saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Formação profissional técnica por itinerário, 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; http://www.ead.fiocruz.br/facilitadores/

## 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 das ações de vigilância nas unidades de produção o município poderá solicitar o apoio e orientação da vigilância estadual.



Inspeção em vigilância sanitária; Medicamentos; 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.

## Fatores de risco relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

São condições que predispõe uma pessoa a maior risco de desenvolver doenças crônicas não Ttransmissíveis. A remoção ou reversão da exposição a estes fatores implica na redução da mortalidade e/ou da prevalência e/ou surgimento mais tardio das patologias. Os fatores de risco podem ser modificáveis – relacionados a fatores que podemos influir mudando, prevenindo ou tratando (tabagismo, hipertensão arterial, sedentarismo, excesso de peso, diabetes mellitus, entre outros) ou não modificáveis – que são os fatores que não podem ser

mudados (fatores hereditários, idade, sexo, entre outros).

F

## Fatores de proteção relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

São aqueles que protegem o indivíduo das doenças crônicas não transmissíveis, garantindo um desenvolvimento saudável. Estes fatores reduzem, abrandam ou eliminam as exposições aos fatores de risco, seja reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência das pessoas aos riscos.

## Febre amarela

Doença provocada por vírus e transmitida pela picada de mosquitos. Nas regiões de florestas o principal mosquito responsável pela transmissão é o Haemagogus e, nas cidades, o Aedes aegypti, o mesmo mosquito transmissor do dengue. No Brasil, a doença ocorre de forma habitual nas áreas de florestas de todos os estados da região Norte (Amazônia Legal), da região Centro-Oeste e do Maranhão, acometendo pessoas não vacinadas. Ocasionalmente podem ocorrer casos em Minas Gerais, sul do Piauí e oeste dos estados da Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Nas áreas urbanas, não têm ocorrido a transmissão da doença desde 1942.

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 conseqüência, 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 mucovicidose (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, cirrose biliar e retardo no desenvol-

vimento 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



## 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 nas Práticas de Produção de Saúde; Atenção à saúde; Humaniza SUS; Financiamento da saúde; Bloco da assistência farmacêutica; Bloco da atenção básica; Bloco de vigilância em Saúde; Financiamento do SUS; Pacto de Gestão do SUS; Pacto pela Saúde; Termo de Limite Financeiro Global.

## Financiamento do SUS

F

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 n° 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 n° 8.080, de 19 de setembro de 1990; Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994; Portaria n° 204, de

29 de janeiro de 2007, 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 n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei n° 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 pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, cuja abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. 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 e produtos derivados no âmbito sanitário, tendo em conta o seu uso por grande parte da população mundial no que se refere à atenção primária de saúde. O reconhecimento de seu valor como recurso clínico, farmacêutico e econômico tem crescido progressivamente em vários países, os quais vêm normatizando e legislando acerca dos diferentes critérios de segurança, eficácia e qualidade que devem envolver esses produtos. O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, como, por exemplo, a maior diversidade vegetal do mundo, a ampla sociodiversidade, o uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e a tecnologia para validar cientificamente este conhecimento. O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a Fitoterapia no SUS, demonstrado pelo número crescente de programas nos estados e municípios brasileiros, assim como é crescente o incentivo a pesquisas e desenvolvimento tecnológico de plantas medicinais e fitoterápicos.



Fitoterapia; Fitoterápicos; Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; Medicina Antroposófica; Acupuntura.

<www.saude.gov.br/dab>; <www.saude.gov.br/sctie/daf>; Decreto 5.813, de 22 de junho de 2006; Portaria nº. 971, de 4 de maio de 2006; Portaria n° 853, de 17 de novembro de 2006; Portaria n° 1600, de 18 de julho de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Fitoterápico

Medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso,

assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Sua eficácia e segurança são validadas pelos levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações técnico-científicas em publicações ou ensaios clínicos Fase 3. Não se considera medicamento fitoterápico aquele que, na sua composição, inclua substâncias ativas isoladas, de qualquer origem, nem as associações destas com extratos vegetais. (RDC 48, de 16 de março de 2004/Anvisa).

Fitoterapia; Fitoterápicos; Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; Medicina Antroposófica; Acupuntura.

Decreto 5.813, de 22 de junho de 2006; Portaria nº. 971, de 4 de maio de 2006; Portaria n° 1600, de 18 de julho de 2006; Portaria n° 853, de 17 de novembro de 2006; <www.saude.gov.br/dab>; <www.saude.gov.br/sctie/daf>.

F

## Fluoretação das Águas de Abastecimento Público

É o processo de adição de flúor nas águas de abastecimento público das Estações de Tratamento da Água-ETA, com o objetivo de reduzir o aparecimento de cáries dentárias na população, considerando que esta substância inibe a desmineralização dos dentes e promove sua remineralização. A fluoretação da água para consumo humano é um método recomendado por mais de 150 organizações de ciência e saúde, incluindo a Federação Dentária Internacional (FDI), a Associação Internacional de Pesquisa em Odontologia (IADR), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Neste sentido, a ampliação da fluoretação das águas no Brasil é uma das prioridades da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, operacionalizada mediante cooperação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

Abastecimento de Água; Brasil Sorridente/política; Saúde Bucal.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (<www.saude.gov.br/dab>); Lei n.º 6.050, de 24 de maio de 1974; Decreto Federal n.º 76.872, de 22 de dezembro de 1975; Portaria GM/MS n.º 635, de 26 de dezembro de 1975; Portaria GM/MS n.° 518, de 25 de março de 2004; Programa Brasil Sorridente – A Saúde Bucal levada a sério/Sub-componente Fluoretação da Água:

CARTILHA DO GESTOR; Manual de Orientações Técnicas para elaboração e apresentação de propostas e projetos técnicos de Fluoretação de Sistema Público de Abastecimento de Água (<www.funasa.gov.br>).

## Formação de agentes sociais

F

Os Conselhos Municipais de Saúde são fundamentais ao funcionamento das secretarias municipais de Saúde, sendo importante que os gestores municipais procurem oferecer permanente capacitação aos conselheiros municipais de Saúde para que conheçam seu papel na luta pela observância contínua dos direitos do cidadão e dos deveres do Estado, no tocante à saúde, assim como as diretrizes políticas, os aspectos jurídicos e normativos do SUS. Dessa forma, poderão compartilhar a gestão e defender a aplicação no sistema dos princípios de universalidade, integralidade e eqüidade. Em conseqüência, atuarão como canais de interlocução da sociedade com a gestão do SUS, de modo que a política municipal de saúde seja uma resposta às necessidades de saúde da população.

Para formar os conselheiros do seu município, o gestor precisa discutir com o Conselho Municipal de Saúde a necessidade de fortalecimento do controle social em sua gestão e sua disponibilidade para 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; construir projetos de fortalecimento do controle social e de capacitação de conselheiros, que serão pactuados no PEP, com participação dos conselhos estadual e nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (MS) e dos atores sociais, com foco no controle social para o desenvolvimento de suas ações.

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

## Formação de ativadores de mudanças na graduação

O Ministério da Saúde vem implementando uma política de educação para o SUS, buscando uma efetiva aproximação entre o sistema público de saúde e o sistema formador. Essa política pretende suprir a lacuna existente entre a formação graduada e as políticas de saúde. Para tanto, é necessário ampliar a massa crítica de profissionais comprometidos com as necessidades de mudanças e a capacidade de construí-las. A especialização de um grande volume de profissionais em processos de mudança significa a semeadura em um campo que certamente se tornará fértil, em decorrência das mudanças de mercado e da priorização da atenção básica. A mudança da graduação é imperativa para que se atinjam os objetivos do SUS, nos termos do disposto na própria Constituição Federal, no parágrafo 4º do Artigo 200. Uma das estratégias do Ministério da Saúde para a mudança na graduação foi o apoio à implementação do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Com o objetivo de formar especialistas capazes de desencadear e ampliar o pensamento crítico e a ação estratégica, visando difundir e dinamizar os processos de mudança na formação superior de profissionais da saúde no País, o curso foi ministrado entre novembro de 2005 e outubro de 2006, formando 100 tutores e 617 ativadores, distribuídos em quatro núcleos regionais: Aracaju, São Paulo, Brasília e Rio de Janeiro. A aprendizagem ocorreu a partir de situações-problema sobre processos de mudança – algumas previamente elaboradas e outras construídas a partir das experiências e contextos locais dos participantes. Buscou-se desenvolver as capacidades do ativador a partir da reflexão sobre sua própria prática, do reconhecimento de suas fronteiras de conhecimento, da formulação de questões, da busca e análise crítica de novas informações e da elaboração de planos para enfrentar dificuldades. Essas capacidades também foram desenvolvidas coletivamente nos grupos de trabalho, uma vez que os processos de mudança invariavelmente envolvem grupos, equipes e coletivos de escolas e serviços de saúde. Atualmente, os ativadores estão sendo convocados a cooperar com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), pois um levantamento realizado pelo Deges/SGTES/MS demonstrou que 70% das 56 Instituições de Educação Superior selecionadas pelo Pró-Saúde tinham representantes no curso de espe-

cialização de ativadores

Política de Educação Permanente em Saúde.

http://www.ead.fiocruz.br/ativadores

## Formação de facilitadores de educação permanente em Saúde

F

Curso de aperfeiçoamento oferecido pelo Ministério da Saúde em parceria com a EAD/ENSP, sob a modalidade de Educação a Distância. Estruturado com o objetivo de ampliar o número de pessoas capazes de discutir e colaborar para a implementação da política de educação permanente em saúde e de processos educativos, no sistema de saúde, que contemplem os princípios da educação permanente, desenvolvendo e ampliando a capacidade pedagógica local dos serviços de saúde. A meta inicial era a formação de 6 mil facilitadores, sendo posteriormente ampliada para 12 mil. Até abril de 2006, foram formados 300 tutores e em dezembro do mesmo ano 8600 facilitadores se encontravam em processo de formação. A primeira formação, financiada com recursos federais da saúde já foi concluída, novas regras foram definidas para a ampliação do número de turmas e beneficiários, porém com financiamento próprio dos entes federados interessados.

Municípios que tiverem interesse em aderir à formação, devem acessar o sítio eletrônico <http://www.ead.fiocruz.br/facilitadores/>, clicar no link biblioteca e abrir o documento "Novas Regras para Adesão ao Programa de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde".

Facilitadores de educação permanente em Saúde, Educação permanente em Saúde.

http://www.ead.fiocruz.br/facilitadores

## Formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

A lei que criou a profissão de 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 ACS, 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 ACS aconteça a partir de itinerários formativos (ou seja, a formação é oferecida em etapas subseqüentes 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 de o 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 por dessa formação, têm o compromisso de promover a articulação loco-regional, principalmente com os gestores municipais. O Ministério da Saúde se encarrega do financiamento das 400 horas iniciais, 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), Formação profissional técnica por itinerário.

+ Portaria nº 2.474, de 12 de novembro de 2004.

## Formação do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e do Técnico de Higiene Dental (THD)

F

A formação técnica em saúde bucal é prioritária para o SUS, visto que a Estratégia Saúde da Família indica como necessária a equipe de saúde bucal no atendimento integral à saúde da população. Para tanto, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) utilizou como dispositivo para desencadear o processo de formação técnica nessa área, um projeto piloto de formação de Técnicos em Higiene Dental (THD) e de Auxiliares de Consultório Dentário (ACD).

A partir de maio de 2004, os recursos financeiros para financiamento dos cursos THD/ACD do projeto piloto começaram a ser liberados. Uma das estratégias utilizadas para desencadear esse processo foi a escolha das Escolas Técnicas e dos Centros Formadores do SUS para execução desses cursos em 13 Estados: Bahia, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins.

Concomitante ao projeto piloto foi realizado com as Escolas Técnicas que não estavam executando essa formação um amplo processo de discussão para a elaboração dos Planos de Cursos de ACD/THD. Dessa forma, essas escolas e outras que já finalizaram o processo de formação do projeto piloto, encaminharam à SGTES projetos para a formação de ACD/THD que foram analisados e contratados.

Técnico em Higiene Dental (THD); Escola Técnica do SUS; Saúde Bucal; Formação Técnica por Itinerários.

## Formação profissional técnica por itinerário

A legislação do ensino possibilita a formação profissional por meio de itinerários, isto é, que seja feita por etapas, que poderão ser certificadas de forma a aproveitar posteriormente todos os estudos já realizados. Isso implica na aprovação de um currículo, pelo sistema de ensino, a ser executado de forma gradativa até integralizar toda a formação profissional, prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

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



## Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na Saúde

Apesar de o setor saúde 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. Dessa 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, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts/SGTES/MS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS) propõem 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 essa 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 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 na saúde.



Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

## Fortificação de alimentos

Prática de aumentar deliberadamente o conteúdo de um micronutriente essencial, isto é, vitaminas e minerais (incluindo elementos traços), no alimento, assim como melhorar a qualidade nutricional do produto alimentício e proporcionar um benefício à saúde pública com um risco mínimo à saúde. No Brasil, a fortificação das farinhas de trigo e milho com Ferro e Ácido Fólico é obrigatória, com o objetivo reduzir as prevalências de anemia ferropriva e de patologias do tubo neural. É regulamentada pela Resolução RDC da Anvisa n° 344, de 13 de dezembro de 2002.

Alimentação Saudável; Desnutrição; Distúrbios Nutricionais.

## Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil

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.

F

## Fundo a fundo/recursos

Financiamento do SUS.

## Fundo Estadual de Saúde

Fundos de Saúde.

## Fracionamento de Medicamentos

Procedimento efetuado por profissional farmacêutico habilitado, para atender à prescrição do profissional de saúde, que consiste na subdivisão de um medicamento em frações menores, a partir da sua embalagem original, sem o rompimento da embalagem primária, mantendo os dados de identificação

desse medicamento.

## Fundo Municipal de Saúde (FMS)

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. Mais informações no Manual de Gestão Financeira do SUS.

Contabilidade pública/como realizar orçamento; Emenda Constitucional n° 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 FNS 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 FNS 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 de-

mais 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 n° 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

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 nº. 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; no site do 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.

# G

F

## 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 colegiada

A gestão, entendida como o conjunto de práticas para a condução do processo em instituições, torna-se qualificada quando permite e promove a socialização das informações e a participação do conjunto dos dirigentes, gerentes e trabalhadores nos processos decisórios e executivos. O trabalho em equipe, próprio das sociedades democráticas, deve se caracterizar pelo compartilhamento de saber e poder, efetivado por meio da realização e disponibilização de análises, avaliações e de decisões conjuntas envolvendo os diferentes atores que participam do processo de trabalho.

Na implementação da gestão colegiada é importante que os gestores do SUS estejam sensibilizados e convencidos de suas vantagens. Pode ser efetivada por meio de mecanismos como colegiados de gestão, grupos de trabalhos, comitês, etc., dentre os quais alguns podem ter natureza permanente e outros serem articulados temporariamente em torno de situações-problema.



Conselhos de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Controle social, Conselho de gestão participativa, Participação social em saúde, Regionalização.

## Gestão do trabalho e da educação na Saúde

Conectado com a realidade profissional e social, o Ministério da Saúde vem repensando as políticas públicas em relação à formação e ao trabalho em saúde, mais efetivamente a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003. Na área da Educação na Saúde, estão sendo implementadas ações articuladas, visando garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de qualificação, de formação técnica e pós-graduação, além da promoção de mudanças na formação dos profissionais da saúde, com vistas à integralidade e ao desenvolvimento da humanização da atenção em saúde. Da mesma forma, a área do Trabalho em Saúde vem promovendo um conjunto de ações, tais como a implementação das Diretrizes para o Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS; a desprecarização dos vínculos de trabalho no sistema de saúde; o apoio à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde; o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde

Gestão do trabalho e da educação na Saúde

e a proposta de organização da gestão do trabalho nas três esferas de governo. Formação, desenvolvimento profissional e regulação do trabalho, devem levar em conta o ensino, a gestão do SUS e o controle social no setor, estimulando e desencadeando a construção de novos perfis de trabalhadores e de gestores de ações, serviços e sistemas de saúde

G

Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde; Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS; Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS; Política de Educação Permanente em Saúde; Política de Gestão do Trabalho e Educação Profissional no Âmbito do Mercosul e América Latina; Recursos Humanos em Saúde; Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS; Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS.

## Gestão participativa

Estratégia transversal presente nos processos cotidianos da gestão do SUS. Formular e deliberar conjuntamente significa mais do que realizar o controle social – e este é o desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores, capazes de efetivar a participação popular. A gestão estratégica pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nesses espaços, é possível construir conhecimentos compartilhados sobre a saúde da população, considerando as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e da coletividade. Essa tarefa exige esforço para o desencadeamento de ações de educação em saúde que ampliem e vocalizem as necessidades e desejos da população, assim como a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Implica ainda tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS a partir da adoção de práticas como as equipes multiprofissionais de saúde, a

intersetorialidade, a integralidade e o acolhimento. Essas práticas participativas baseiam-se, sempre, na construção de consensos pactuados, nunca de consensos forçados. A partir da identificação e reconhecimento dos dissensos, há que construir alternativas, considerando-se as diferentes opiniões que devem ser condensadas, por etapas, permitindo resultados mais expressivos e duradouros.

Atores sociais, Conselhos de Gestão Participativa, Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, Comitê Técnico de Saúde da População Negra, Grupo da Terra 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.

G

## Gestão plena do sistema municipal/estadual

Modalidade de gestão definida na NOB SUS 96 e na Noas SUS 01/02 e substituída, no Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão do SUS, pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Gestor/atribuições

Definidas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, as atribuições dos gestores do SUS foram detalhadas no Pacto pela Saúde e nas portarias GM/MS n° 399 e GM/MS n° 699, em âmbito municipal, estadual e federal.

Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde.

Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990; Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006, no CD-ROM

encartado nesta publicação.

## Gripe

*Influenza*, Vacinação

## Grupo da Terra

G

Estratégia que visa à promoção da eqüidade em saúde para a parcela da população do campo. Organiza-se como um comitê que tem como finalidades: participar da formulação, implantação e acompanhamento da Política de Saúde para a População do Campo, articular e monitorar a implementação das ações dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas entre o Ministério da Saúde (MS) e os movimentos sociais organizados no campo, participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde da população do campo. Composto por representantes de secretarias e de órgãos vinculados ao MS, do Conass, do Conasems e da sociedade civil organizada, é coordenado pela Secretaria de Gestão Participativa (SGP), do MS.

Sua criação é recomendável nos distintos âmbitos da gestão do SUS, contemplando a participação de técnicos de diferentes áreas das secretarias estaduais de saúde, assim como representantes da sociedade civil, incluindo pesquisadores e representantes dos movimentos sociais.

Descentralização, Integralidade, Municipalização.

Portaria GM nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Guia alimentar

Instrumento informativo que define as diretrizes do País sobre alimentação

saudável visando à promoção da saúde. Nota: elaborado com base no cenário epidemiológico-nutricional e no contexto socioeconômico e cultural do País, apresenta um conjunto de recomendações destinadas à população em geral e traduz os conhecimentos científicos sobre alimentação e nutrição em mensagens práticas, facilitando a seleção dos alimentos e orientando sobre a forma e a quantidade em que devem ser consumidos.

Alimentação Saudável

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## G 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

G

G


Humaniza SUS

# H

## Habilitação

Ato do gestor municipal, estadual ou federal autorizar um estabelecimento, já credenciado no SUS, a realizar determinado procedimento especial da tabela do SUS.

A habilitação pode ocorrer nas esferas municipal, estadual ou federal, sempre que seus gestores autorizem estabelecimentos de Saúde, já credenciado para atendimento ao SUS, a realizarem determinados procedimentos especiais da tabela do SUS. O estabelecimento de Saúde, para ser habilitado a realizar determinado tipo de procedimento, deverá discriminar as modalidades de serviços, assim como os equipamentos e/ou profissionais exigidos nas normalizações específicas.

Cadastramento de estabelecimentos de saúde, Contratualização/Contratação de serviços de saúde.

Portaria nº 414, de 11 de agosto de 2005.

## Hábitos saudáveis

Conjunto de atos e atitudes que visam à manutenção da saúde e qualidade de vida. Constituem hábitos saudáveis: a) alimentação adequada e balanceada; b)

prática regular de atividade física; c) convivência social estimulante; d) busca, em qualquer fase da vida, de atividades ocupacionais prazerosas e de mecanismos de atenuação do estresse.

Alimentação Saudável

## Hanseníase

Doença infecciosa crônica, causada pelo *Micobaterium leprae* ou bacilo de Hansen, antigamente conhecida como lepra (termo abolido no Brasil). Atinge principalmente a pele e os nervos periféricos acarretando diminuição ou ausência da sensibilidade ao calor, a dor e ao tato. Pode evoluir com atrofia muscular e deformidades de face, mãos e pés. O Brasil está incluído entre os países mais endêmicos da hanseníase, apesar de apresentar importante queda das taxas de prevalência e proporção de deformidades (grau 2 de incapacidade física) entre os casos novos diagnosticados. Isso significa diagnóstico mais precoce, mas ainda apresenta alto coeficiente de detecção em menores de 15 anos, indicador de transmissão ativa da doença. A hanseníase manifesta-se de acordo com a capacidade de resistência da pessoa em Paucibacilar e Multibacilar, com esquemas de tratamento específico para cada grupo. Tem cura e, sem nenhuma seqüela, se for diagnosticada no início. O eixo principal do Programa Nacional de Controle da Hanseníase-PNCH/DEVEP/SVS é a descentralização das ações de diagnóstico, tratamento e vigilância de contatos domiciliares, para todas as Unidades Básicas de Saúde, de modo a aumentar a efetividade do controle da doença.

Endemias.

## Hantavirose

As hantaviroses são antropozoonoses causadas por vírus da família *Bunyaviridae*, do gênero Hantavirus, cujos reservatórios são roedores silvestres não comensais,

que contaminam o ambiente através de suas excretas e secreções. O homem se infecta, principalmente, por meio da inalação de aerossóis.

As hantaviroses apresentam-se sob forma de duas grandes síndromes clínicas: Febre Hemorrágica com Síndrome Renal (FHSR), que é endêmica na Ásia e Europa; e a Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus (SCPH), distribuída em todo continente americano. Ambas as síndromes são associadas, ou ao aumento da densidade de populações de roedores em busca de alimentos, interagem com os homens ou ao movimento humano ao invadir o ambiente desses animais.

Seis meses após a identificação nos Estados Unidos, fora identificado no Brasil, primeiramente em São Paulo, seguidos do Pará (1995), Bahia (1996), Minas Gerais, Mato Grosso e Rio Grande do Sul (1998), Paraná e Santa Catarina (1999), Goiás e Maranhão (2000) e por último Distrito Federal, Rondônia e Amazonas (2004), demonstrando que essa síndrome está distribuída em todas as regiões do País.



Desde sua detecção foram registrados no Brasil 668 casos, em 14 Unidades Federadas, apresentando uma letalidade de 40,9%.

A detecção de casos de hantavirose no Brasil vem crescendo ano a ano, mostrando que se trata de uma doença grave, de alta letalidade, de difícil diagnóstico clínico e tratamento.

Epidemia/controle.

## Hepatites Virais – Programa Nacional para o Controle e Prevenção das Hepatites Virais

O Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV) no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) tem o objetivo de aprimorar ações de controle e prevenção das hepatites, por intermédio do fortalecimento do SUS; desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde; estimular e garantir as ações de vigilância epidemiológica e sanitária; garantir o diagnóstico e tratamento das

hepatites, bem como manter relacionamento com a sociedade civil pelo contato com Organizações Não Governamentais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de dois bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B. Destas, 325 milhões tornaram-se portadoras crônicas da doença. No Brasil, há cerca de dois milhões de portadores crônicos da hepatite B, a maioria sem saber que está com a doença. Apesar de haver a possibilidade de eliminação natural do vírus, a hepatite B representa um grave problema para a Saúde Pública, pois a enfermidade pode evoluir para cirrose ou câncer de fígado. A hepatite B merece um lugar de destaque nas políticas públicas do Ministério da Saúde, com estratégias diferenciadas que visam aumentar a cobertura vacinal nas faixas etárias dos jovens e adolescentes, além de atualizações nas legislações que normatizam as diretrizes clínicas e terapêuticas da infecção por esse vírus.



Com relação à hepatite C, dados da OMS indicam cerca de 150 a 200 milhões de portadores no mundo[3], e no Brasil a estimativa é de três milhões de portadores crônicos de hepatite C. Para o Ministério da Saúde, a difusão de informações sobre como se prevenir é uma das principais formas de controlar a doença.

As hepatites são doenças infecciosas que levam à inflamação do fígado, podendo causar a morte. Ao contrário do que muita gente pensa, nem sempre a pessoa que está com hepatite apresenta sintomas como pele amarela, urina escura e as fezes brancas. Em muitos casos, ela é "silenciosa". Quando é diagnosticada, o fígado já está comprometido, dificultando a recuperação do paciente, levando-o ao óbito.

A SVS firmou, em 2003, convênio com a Universidade de Pernambuco para a realização de um inquérito que identificará a magnitude das hepatites virais nas capitais brasileiras propiciando o desenvolvimento de medidas de intervenção, planejamento das ações em saúde, recursos financeiros e aperfeiçoamento da infra-estrutura da rede de assistência em hepatites virais.

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21925>

[3] ZARIFE, Maria Alice Sant' Anna et al. Detecção do genótipo 4 do vírus da hepatite C em Salvador, BA. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, [S.l.], v. 39, n. 6, p. 567-569, nov./dez. 2006.

## 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 estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a Homeopatia foi introduzida por Benoit Mure em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento. Utiliza como recurso diagnóstico a repertorização, que consiste no processo de seleção do melhor medicamento a ser indicado em cada caso e, como terapêutica, o medicamento homeopático.



Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura; Homeopatia; Fitoterapia; Medicina Antroposófica; Termalismo Social e Crenoterapia.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC); Portaria nº. 971, de 4 de maio de 2006; Portaria n° 1600, de 18 de julho de 2006; Portaria n° 853, de 17 de novembro de 2006; <www.saude.gov.br/dab>.

## 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 das Portarias Interministeriais nº 2.400 e nº 2.401 MEC-MS, de 2

de outubro de 2007. 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 desenvolvimento de ensino e pesquisa (Fideps), dentre 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 a 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; Portarias Interministeriais nº 2.400 e nº 2.401 MEC-MS, de 2 de outubro de 2007; <http://www.saude.gov.br>.

## 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 1° de junho de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação

## 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 pelo 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-sentinela

Projeto que integra uma rede de 100 hospitais escolhidos, em todos os estados brasileiros, dentre os maiores e com maior número de programas de residência médica, tecnologicamente bem equipados e dispondo 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 o respeito 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.

Acolhimento aos usuários, Atenção à Saúde, Humaniza SUS.

## Humanização do Trabalho em Saúde

O trabalho é visto como uma categoria central na construção dos sujeitos, a partir de um processo dialético em que o sujeito se constrói ao mesmo tempo em que atua e se reconhece como pertencente ao seu ambiente de trabalho. Portanto, sua identidade, sua inserção social e sua participação na sociedade como cidadão estão fortemente associadas à sua condição nas relações de trabalho. A Humanização, portanto, busca reverter um quadro de mecanicismo, automatismo ou tecnicismo do processo de trabalho, a partir do investimento na construção de um novo tipo de interação entre os diferentes atores envolvidos na produção de saúde. No eixo da gestão do trabalho propõe-se que a articulação entre os diferentes atores envolvidos no processo de atenção à saúde se desenvolva no sentido de buscar a participação coletiva no processo de gestão, com vistas ao desenvolvimento de co-responsabilidades, ao estabelecimento de vínculos solidários, à indissociabilidade entre atenção e gestão e ao fortalecimento do SUS.



HumanizaSUS

## Humaniza SUS

Sigla para Política Nacional de Humanização do SUS. No Campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

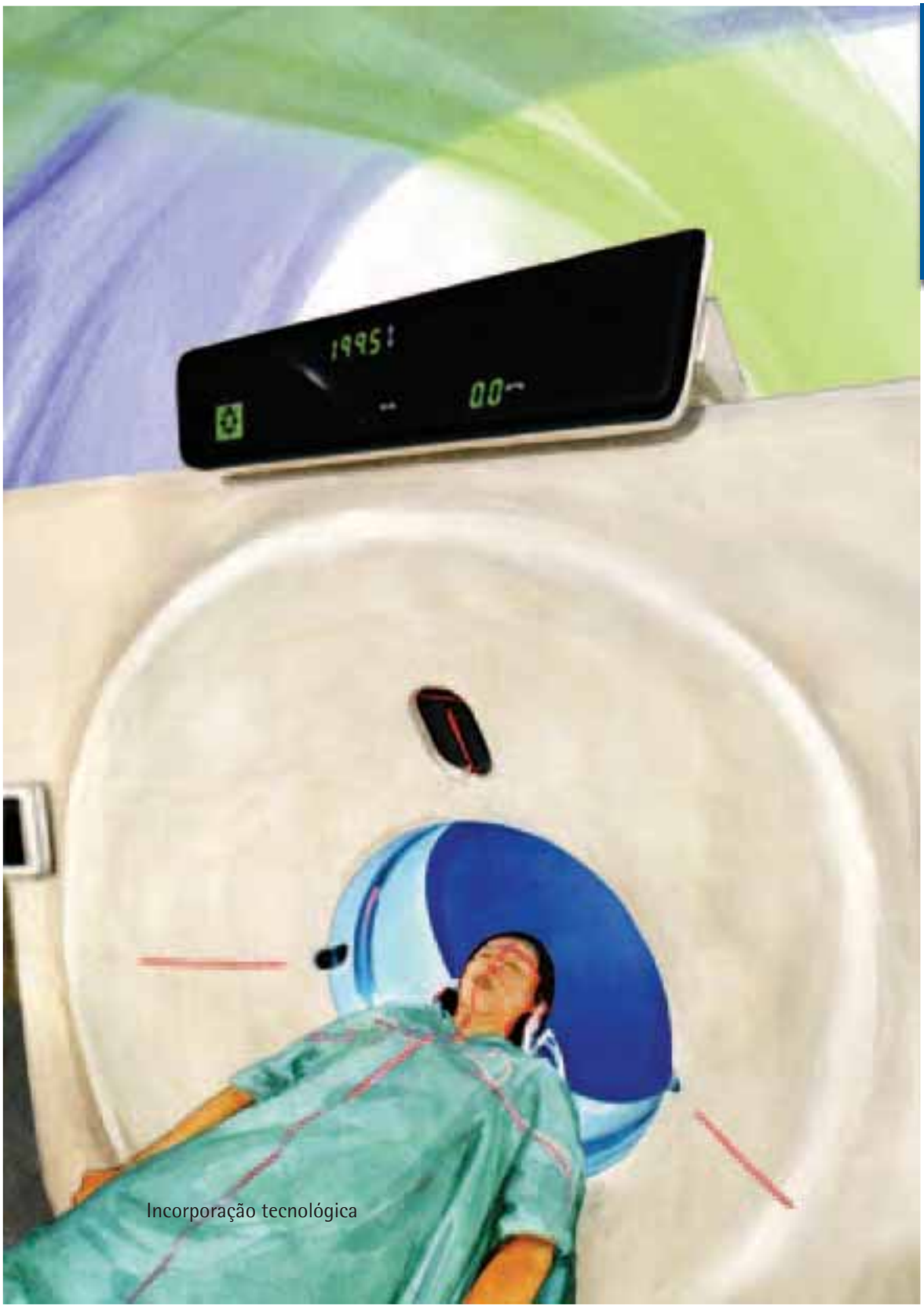
Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) traba-

lhamos para alcançar resultados englobando as seguintes direções: 1) Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e com atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critério de risco; 2) Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral; 3) As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral; 4) As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimentos em educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaço saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros); 5) Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.



PNH; Clínica Ampliada; Co-gestão; Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS; Ambiência; Direito dos usuários; Filas nos serviços; Gestão Participativa.

Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual da Saúde/BVS em <www.saude.gov.br/bvs/humanizacao>; Sítio da PNH em <www.saude.gov.br/humanizasus>; Banco de Projetos da PNH – Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do SUS em www.saude.gov.br/humanizasus e <www.saude.gov.br/coopera>; Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, no CD-ROM encartado nesta publicação.




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. Também é de interesse do setor Saúde a incorporação tecnológica que ocorre no complexo industrial da saúde, responsável pelo suprimento dos insumos em saúde. Fomentar pesquisas para insumos estratégicos e importar tecnologias que possam suprir deficiências tecnológicas da indústria nacional são iniciativas governamentais para o desenvolvimento da capacidade nacional nessa área.

Pesquisa em saúde/fomento.

## Índice de massa corporal (IMC)

Indicador de saúde utilizado para avaliar a adequação entre peso e altura corporais e sua relação com risco para doenças crônicas não transmissíveis. Nota: é calculado pela seguinte fórmula: IMC = P/A2, em que P é o peso corporal em quilogramas, A é a altura em metros elevada ao quadrado; o resultado é expresso em kg/m2. As faixas de classificação para adultos são: abaixo de 18,5 kg/m2 – baixo peso; entre 18,5 e 24,99kg/m2 – peso adequado; entre 25 e 29,99 kg/m2 – sobrepeso; acima de 30 kg/m2 – obesidade.

## Infecção hospitalar/controle

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 da 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-sentinela, Infecção hospitalar/controle, Inspeção em vigilância sanitária, Medicamentos.

## *Influenza*

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

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 á 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.

## InforSUS

Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS; Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

## 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; 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.

## Instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS

São os documentos resultantes do processo de planejamento desenvolvido por este sistema. São instrumentos básicos o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais em Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

Série Cadernos de Planejamento, Sistema de Planejamento do SUS –

Instrumentos básicos, volume 2 em <http//:www.saude.gov.br/planejasus>; Portaria Nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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, dentre outras) que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população.

Devem ser criadas 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. Essas câmaras ou fóruns deverão envolver os conselheiros de saúde do município.

Intersetorialidade 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.

## Intersetorialidade em Saúde

A intersetorialidade 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 intersetorialidade 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

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/controle, Hantavirose.

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



## Iodação do sal

Operação obrigatória no Brasil que consiste na adição ao sal do micronutriente iodo na forma de iodato de potássio (KIO), com o objetivo de erradicar os distúrbios por deficiência de iodo (DDI). Segundo a Resolução RDC da Anvisa nº 130, de 26 de maio de 2003, somente será considerado próprio para consumo humano o sal que contiver teor igual ou superior a 20 (vinte) miligramas até o limite máximo de 60 (sessenta) miligramas de iodo por quilograma de produto.

Distúrbios por deficiência de iodo (DDI); Distúrbios nutricionais.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Laboratórios de saúde pública

# L

## Laboratórios de saúde pública

Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab.)

### Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD)

O Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD) é o serviço em que são confeccionadas próteses dentárias totais (dentaduras) e/ou próteses dentárias parciais removíveis. Mediante o cumprimento dos mecanismos formais de solicitação de credenciamento do LRPD pelo gestor estadual/municipal e a devida aprovação do pleito pelas instâncias competentes, o Ministério da Saúde edita Portaria autorizando a programação e o faturamento dos procedimentos de prótese dentária total e prótese dentária parcial removível. A implantação dos LRPD tem como objetivo o atendimento da demanda por serviços reabilitadores protéticos, tendo em vista o quadro epidemiológico no País, decorrente de uma lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento que reservou aos adultos e idosos, nos últimos anos, quase que exclusivamente o acesso à mutilação dental.

O LRPD pode constituir-se no único serviço do estabelecimento de saúde ou estar localizado em outro estabelecimento de saúde, como um Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde ou um Centro de Especialidades

Odontológicas. Quando a capacidade dos LRPD de natureza jurídica pública for insuficiente para garantir a cobertura em determinado município/região, existe a possibilidade, mediante solicitação do gestor estadual/municipal e devido trâmite para aprovação, de credenciamento de serviços ofertados por estabelecimentos privados.

Brasil Sorridente/política; Saúde Bucal.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (<www.saude.gov.br/dab>); Orientações para Autorização de Procedimentos de Prótese Dentária Total e Prótese Dentária Parcial Removível; Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006; Portaria GM/MS nº 1.572, de 29 de julho de 2004; Portaria GM/MS nº 930, de 2 de maio de 2006.

## Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

L

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 do regime 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.

## Leptospirose

Doença infecciosa causada por uma bactéria chamada leptospira, transmitida pela urina dos ratos urbanos (ratazanas, ratos do telhado e camundongos). Em situações de enchentes e inundações, a urina dos ratos de esgotos mistura-se à enxurrada e à lama. Qualquer pessoa que tiver contato com a água ou lama contaminadas poderá infectar-se através da pele, principalmente se houver algum ferimento ou arranhão. Também oferecem risco o contato com água ou lama de esgoto, terrenos baldios, lagoas, rios ou córregos contaminados.

Período de incubação: varia entre 1 e 30 dias (média entre 8 e 15 dias).

Principais sintomas: febre alta, dor de cabeça, dores pelo corpo, principalmente nas panturrilhas, podendo ocorrer icterícia e outras complicações. Nas formas graves são necessários cuidados especiais, inclusive internação hospitalar.

Inundação

"Doenças de notificação compulsória", em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25340>; "Leptospirose: O que saber, o que fazer?" e "Plano de contingência de Vigilância em Saúde frente a Inundações" em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25394>.



## 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.

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

## 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, inciso 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 é transmitida pela picada de fêmeas de mosquito do gênero Anopheles Meigen, 1818, que se infectam ao sugar sangue de indivíduos doentes. Os sintomas deste agravo são pouco específicos, sendo os mais comuns: febre alta, acompanhada de calafrios, sudorese abundante e cefaléia. 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, 3,5 milhões de suspeitos/ano foram submetidos ao diagnóstico laboratorial nas unidades do SUS, no ano de 2006, dos quais 450 mil foram positivos para malária, sendo-lhes administrado imediatamente o tratamento específico para a cura da doença. O Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM) tem como objetivos gerais: reduzir a morbimortalidade por malária, reduzir a transmissão em áreas urbanas da Amazônia e manter a ausência de transmissão nas áreas onde a doença 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 à estruturação dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento adequado e oportuno. Outros componentes importantes referem-se ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, da educação em saúde e do 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: destaca-se neste contexto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a Estratégia Saúde da Família, a expansão da rede de diagnóstico e tratamento, a estruturação da vigilância entomológica para promover as ações de controle vetorial de forma seletiva e efetiva, a promoção de ações de educação em saúde e a mobilização comunitária, a atualização e a análise sistemática das informações epidemiológicas para avaliação e planejamento das ações de controle. Destacam-se o grande avanço nos últimos anos no controle da malária e 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

Endemia/controle; Saúde da Família Vigilância em saúde

## Material biológico

Todo material que contenha informação genética e seja capaz de auto-reprodução ou de ser reproduzido por sistema biológico. Inclui organismos cultiváveis, microorganismos (como bactérias, fungos filamentosos, leveduras e protozoários), células humanas, animais e vegetais e partes replicáveis desses organismos e células (bibliotecas genômicas, plasmídeos, vírus e fragmentos de DNA clonado), prions e organismos ainda não cultivados.

Análise de risco.

Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 52 p. 2006 (ISBN 85-334-1214-2) ou pelo endereço www.saude.gov.br/editora; Classificação de riscos dos Agentes Biológicos – Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 36 p. 2006 (ISBN 85-334-1216-9) ou pelo endereço www.saude.gov.br/editora.

## 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 traumato-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 sociodemográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a 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 (CIB) 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 C da presente publicação.

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

## Medicamentos

Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973).

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.



## 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 de abastecimento farmacêutico; Dispensação; Programa Farmácia Popular do Brasil; Medicamento genérico; Medicamentos essenciais; Medicamento similar; Programa de distribuição de medicamentos; 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 de abastecimento farmacêutico; Dispensação; Medicamento de referência; Medicamentos essenciais; Medicamento similar Programa de distribuição de medicamentos; Notificação de receita médica; Programa Farmácia Popular do Brasil; Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos; Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

M

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 às necessidades de atenção à saúde da população. Eles são selecionados considerando-se sua relevância em saúde pública, evidência de eficácia e segurança em relação ao custo-efetividade (eficácia comparativa em relação ao seu custo) (WHO, 2002). Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis nos serviços de saúde, em todos os momentos, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com garantia da qualidade e informação adequada, a preços que os pacientes e a comunidade possam pagar.

Centrais de abastecimento farmacêutico; Dispensação; Medicamento de

referência; Programa de distribuição de medicamentos; Notificação de receita médica; Programa de Medicamentos Excepcionais; 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 de abastecimento farmacêutico, Dispensação, 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.

## Medicina antroposófica

A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente

60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da MA. Integrado ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da Saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

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

Fitoterapia e planas medicinais; Homeopatia; Acupuntura; Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC).

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC); Portaria nº. 971, de 4 de maio de 2006; Portaria n° 1600, de 18 de julho de 2006; Portaria n° 853, de 17 de novembro de 2006; <www.saude.gov.br/dab>.



## Medicina baseada em evidências

Uso consciente e minucioso das melhores evidências atuais nas decisões sobre assistência à saúde individual. A prática da medicina baseada em evidências significa integrar a experiência individual às melhores evidências cientificamente tidas como válidas disponíveis.

## Meningite meningocócica

A meningite meningocócica, causada pela Neisseria meningitidis (meningoco-

co), do ponto de vista da saúde pública representa em termos de magnitude, gravidade e potencial de ocasionar epidemias, a meningite bacteriana de maior importância.

A década de 70 foi marcada pela ocorrência de uma grande epidemia de Doença Meningocócica. Nesta ocasião foi realizada uma campanha de vacinação nacional na qual foi utilizada a vacina antimeningocócica AC. Após este período o sorogrupo A deixou de circular no País e o sorogrupo B passou a ser predominante. Na década de 80, o comportamento da doença caracterizou-se por um padrão endêmico e em meados da década de 90 houve um aumento da incidência, particularmente nas regiões Sul e Sudeste. Durante este período foi utilizada a vacina antimeningocócica BC em alguns estados brasileiros.

A meningite é de notificação obrigatória e a doença meningocócica é de notificação imediata. O caso suspeito deve ser informado às autoridades locais de saúde, que deverão providenciar a investigação epidemiológica e avaliação da necessidade de adoção de medidas de controle pertinentes.

As vacinas contra a meningite meningocócica estão disponíveis apenas em situações de surto para controle após avaliação em conjunto por técnicos dos três níveis de governo.



## Mercado de medicamentos

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; 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 SUS 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.



## Meta-análise

Técnica que aplica protocolos e utiliza métodos estatísticos para revisar e interpretar criticamente os resultados combinados de relevantes investigações primárias que foram realizadas, a fim de obter sínteses quantitativas sobre os efeitos das tecnologias em saúde que nortearão decisões.

## MNNP SUS

Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP SUS)

## 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,no qual 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

M

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

## Monitoramento em saúde

Monitoramento em saúde pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno nessa área específica. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomadas de decisão, a identificação, o encaminhamento de solução e a redução de problemas, bem como a correção de rumos. O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui um poderoso instrumento para a democratização

de informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde. Ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorece-se o "empoderamento" e a mobilização da sociedade, fomentando a participação e o controle das ações e serviços prestados pelo SUS. Mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde. Na esfera federal, a iniciativa governamental "Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão do SUS", uma das metas presidenciais sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), tem sua coordenação a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

Análise do Sistema Municipal de Saúde; Avaliação de Desempenho do SUS; Painel de Indicadores do SUS; Relatório de Gestão.

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25574>

## 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.

M

Ouvidorias

# N-O

## Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) reúnem profissionais de diversas áreas de Saúde, como médicos (acupunturistas, homeopatas, ginecologistas, pediatras e psiquiatras), profissionais de Educação Física, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. O objetivo dos núcleos é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade por meio do apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESFs).

Os Nasfs não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESFs, buscando instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das ESFs.

Para implementar um Nasf, o município deve elaborar projeto, contemplando o território de atuação, as atividades que serão desenvolvidas, os profissionais e sua forma de contratação, com especificação de carga horária, identificação das ESFs vinculadas ao Nasf e a unidade de saúde que o credenciará. Esse projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo estado.

Podem ser instituídos dois tipos de Nasf: Nasf 1 e Nasf 2. O Nasf 1 deve ter, no mínimo, cinco profissionais de diferentes áreas – um núcleo não poderá ter dois nutricionistas, por exemplo. A única exceção é para os profissionais de

fisioterapia e terapia ocupacional, que têm jornada de trabalho diferenciada e, por isso, devem ser contratados dois para cada núcleo. Cada Nasf 1 poderá atender de oito a 20 ESFs. Excepcionalmente, em municípios da região Norte com até 100 mil habitantes, o Nasf 1 poderá estar vinculado a cinco ESFs. Cada Nasf 1 implementado receberá do Ministério da Saúde R$ 20 mil referente à sua implantação e R$ 20 mil mensais para a manutenção (custeio). O Nasf 2 deve ter a partir de três profissionais de diferentes áreas, vinculando-se a, no mínimo, três ESFs. Nesta modalidade, só poderá ser implementado um núcleo por município, sendo este com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado. O valor do recurso de implantação é de R$ 6 mil e o do repasse mensal de custeio para cada Nasf 2 implementado é de R$ 6 mil.

Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

## Negociação do trabalho no SUS

É uma das estratégias da Política de Gestão do Trabalho no SUS. Funciona como ferramenta para propor, incentivar e acompanhar ações que visem àdemocratização das relações de trabalho, o tratamento aos conflitos inerentes às relações de trabalho e a garantia do pleno exercício dos direitos de cidadania aos trabalhadores da saúde. A metodologia utilizada para a negociação do trabalho é a instalação de Mesas de Negociação.



Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS); Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).

## 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 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 imunossupressores – 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 de abastecimento farmacêutico; Dispensação; Medicamento de referência; Medicamento genérico; Medicamentos essenciais; Medicamento similar; Programa de distribuição de medicamentos; Programa Farmácia Popular do Brasil; Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos; Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).



## Obesidade

Doença crônica de natureza multifatorial (fatores ambientais, nutricionais e genéticos) caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo, acarretando prejuízos à saúde.

Alimentação Saudável; Distúrbios nutricionais.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## Objetivos do Milênio

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio são um conjunto de oito macroobjetivos a serem atingidos pelos países até o ano de 2015, por meio de ações concretas dos governos e da sociedade, pactuados entre 191 países-membros da ONU. Estabelecem para o mundo metas quantificadas e prazos para atacar a extrema pobreza em suas múltiplas dimensões – pobreza de renda, fome, doença, falta de moradia adequada e exclusão – ao mesmo tempoque promovem a igualdade de gênero, a educação e a sustentabilidade ambiental. São também direitos humanos básicos – os direitos de cada pessoa no planeta à saúde, à educação, à moradia e à segurança, como prometido na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Declaração do Milênio das Nações Unidas.



## 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 por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de 27 de outubro de 2000, 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 em "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 B 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 metas 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); Relatório de gestão; Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

Gestão Financeira do SUS – Manual Básico

## Orientador de serviço

Profissional de saúde com função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da Saúde, e que exerçam atuação específica de instrutoria, devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário.

Residência médica, Residência multiprofissional em saúde.

Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005; Portaria nº 1.111/GM e Portaria Interministerial nº 2.117 MEC-MS, de 3 de novembro de 2005,.

## Ouvidorias

São canais democráticos de comunicação destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações. Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), é papel das ouvidorias efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população, por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. São ferramentas estratégicas na promoção da cidadania em saúde e na produção de informações gerenciais que subsidiem as tomadas de decisões. O processo de avaliação tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde. As experiências de ouvidorias implantadas nas três esferas de gestão do SUS  têm contribuído para a construção de um

sistema nacional de ouvidorias, informatizado, com vistas à descentralização do serviço e à identificação das reais necessidades da população. É imprescindível que haja um compromisso dos gestores, em todas as esferas, com a tarefa de promover e estruturar canais abertos e acessíveis de comunicação do sistema público de saúde com a população.

Os municípios têm autonomia para iniciar os processo de constituição de suas ouvidorias buscando, se necessário, apoio junto a outras instâncias de gestão. O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, em parceria com o Datasus, está criando um sistema informatizado que permitirá a integração do conjunto das ouvidorias em saúde, em âmbito nacional.

Gestão participativa, Informação e comunicação em saúde.

Política de Saúde para a População do Campo

# P

## Pacto de Gestão do SUS

É uma das três dimensões do Pacto pela Saúde, estabelece as responsabilidades de cada ente federado do SUS, de forma clara e inequívoca, diminuindo competências concorrentes e estabelecendo diretrizes em aspectos como descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na Saúde. Extingue as antigas formas de habilitação estabelecidas pela NOB US 96 e na Noas SUS 01/02, substituídas pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.

Os estados e municípios devem deflagrar processos de discussão e avaliação, antecedendo à assinatura de seus respectivos termos de Compromisso de Gestão, nos quais deverão estar explicitadas as responsabilidades já assumidas e/ou em condições de serem assumidas, bem como indicado o cronograma para o cumprimento das responsabilidades cujos cumprimentos ainda não tenham sido contemplados.

Descentralização; Financiamento do SUS; Gestão do trabalho e da educação na Saúde; Pacto em Defesa do SUS; Pacto pela Saúde; Participação social em Saúde; Planejamento em saúde; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Regionalização; Regulação da atenção à saúde; Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial; Regulação estatal sobre o setor Saúde.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 598, de 23 de março de 2006; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria n° 650,

de 28 de março de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006; Portaria n° 698, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Pacto da Atenção Básica

Instrumento de pactuação de metas para indicadores de base epidemiológica criado em 1999 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de monitorar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica em todo território nacional. Representou uma experiência pioneira do Departamento de Atenção Básica no sentido de definir indicadores para acompanhamento da Atenção Básica nos municípios habilitados conforme a Norma Operacional Básica 01/96, descritos no Manual para a Organização da Atenção Básica.

Com a publicação das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde em fevereiro de 2006, avançou-se na unificação dos processos de pactuação de indicadores no âmbito do Ministério da Saúde, sendo que, a partir de 2007, os indicadores da Atenção Básica passaram a compor o conjunto de indicadores deste Pacto.

Atenção básica à Saúde; Pacto pela Saúde.

Política Nacional da Atenção Básica; Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007; <www.saude.gov.br/dab>.



## Pacto em Defesa do SUS

Uma das três dimensões do Pacto pela Saúde, o Pacto em Defesa do SUS tem como proposta a ampliação do diálogo com a sociedade na defesa do SUS, resgatando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, além de promover o desenvolvimento e articulação de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política de Estado.

O Pacto em Defesa do SUS deve firmar-se através de iniciativas que busquem a repolitização da saúde, a promoção da cidadania como estratégia de mobilização social e a garantia do financiamento de acordo com as necessidades do sistema de saúde.

Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde, Pacto pela Vida.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 598, de 23 de março de 2006; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria n° 650, de 28 de março de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006; Portaria n° 698, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 bipartite.

Saúde da criança, Saúde da mulher.

P

## Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde reúne um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e tem o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da eqüidade social. A adesão se dá pela construção do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e

compromissos para cada ente da federação.

O Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, O Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O documento de diretrizes operacionais foi pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006 e formalizado pela Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº. 699, de 30 de março de 2006.

Pacto de Gestão do SUS; Pacto em Defesa do SUS; Pacto pela Saúde; Pactuação Unificada de Indicadores.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 598, de 23 de março de 2006; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria n° 650, de 28 de março de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006; Portaria nº 91/GM, de 10 de janeiro de 2007.

## Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida, instituído pela Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentado pela Portaria GM 699, de 30 de março de 2006, explicita o compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades são estabelecidas a partir da análise de situação de saúde e se estruturam por meio de objetivos e metas.

Pacto de Gestão do SUS, Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Saúde.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 598, de 23 de março de 2006; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria n° 650, de 28 de março de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006; no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Pactuação Unificada de Indicadores

A pactuação unificada de indicadores entre os entes federados foi estabelecida e regulamentada pela Portaria nº. 91/GM, de 10 de janeiro de 2007, unificando o Pacto da Atenção Básica, a pactuação de indicadores dos pactos pela Vida e de Gestão e a pactuação de indicadores da Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP VS).

Objetivando o monitoramento e avaliação das prioridades do Pacto pela Vida, bem como das responsabilidades do Pacto de Gestão são definidos indicadores que sintetizam os aspectos mais relevantes a serem monitorados e avaliados pelos três entes federados.

A pactuação unificada é registrada no Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, de cada esfera de gestão, este relatório constitui-se em um dos anexos do Termo de Compromisso de Gestão.

O Ministério da Saúde define de forma tripartite as prioridades, os objetivos, as metas nacionais e os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, iniciando o processo de pactuação com os demais gestores, mediante publicação de portaria específica. Para a pactuação unificada de indicadores, utiliza-se o aplicativo informatizado via web, SISPACTO, para o registro das informações desse processo.



O processo de pactuação unificada dos indicadores é orientado pelas seguintes diretrizes:

1. Que a pactuação unificada deve ser articulada com o Plano de Saúde e sua Programação Anual. As prioridades, objetivos, metas e indicadores da pactuação devem integrar o Plano de Saúde, sendo contempladas na sua elaboração;

2. Que as atividades a serem implementadas pelos gestores para o alcance das metas pactuadas serão discutidas e definidas no processo de planejamento, especialmente quando da elaboração da Programação Anual, correspondente ao Plano de Saúde;

3. Que a avaliação das prioridades, contemplando as atividades desenvolvidas e as dificuldades relacionadas à sua implantação, a análise do alcance dos objetivos e metas pactuadas e a situação dos indicadores acordados é parte integrante do Relatório de Gestão;

4. Que a definição de metas deve guardar coerência com os pactos firmados nos Termos de Compromisso de Gestão; e

5. Que a periodicidade de atualização da pactuação será bianual.

## Painel de indicadores do SUS

Publicação do Ministério da Saúde (SGEP/MS) em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), destinada especialmente aos conselheiros de saúde – usuários, trabalhadores e gestores –, entidades e movimentos sociais de todo o País, visando sistematizar e disseminar informações sobre questões relevantes do sistema de saúde, contribuindo, assim, com a democratização da informação em saúde. Desta forma, contribui também para a formação de consciência crítica, servindo de estímulo aos processos de intervenção social, facilitando a tomada de decisões, na perspectiva de uma gestão democrática e participativa, fundada nos princípios e diretrizes do SUS.



## Parecer Técnico-científico

Ferramenta de suporte à gestão e à decisão, baseada na mesma racionalidade que envolve uma Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS), embora com execução e conteúdo mais simplificados.

## Participa SUS

Denominação que identifica a política da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do SUS, aprovada por meio da Portaria nº 3027, de 26 de novembro de 2007, que objetiva promover o fortalecimento da gestão participativa, incorporando outras ferramentas de gestão, como a escuta dos cidadãos, o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, além da auditoria, sob enfoque ampliado. Compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, com ênfase no controle social, realizado por meio dos conselhos e conferências de saúde, na participação e mobilização popular e no funcionamento de ouvidorias e pesquisas sobre a satisfação dos usuários do SUS. Inclui, ainda, ações de educação popular em saúde, difusão dos direitos dos usuários e estratégias de promoção de eqüidade em saúde para as populações em condições de desigualdade. São marcas dessa política: a reafirmação dos pressupostos da reforma sanitária sobre o direito universal à saúde, como responsabilidade do estado, a construção de um pacto de promoção da gestão estratégica e 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 permanentes entre os gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários do SUS, para que suas opiniões, percepções e demandas sejam valorizadas nos processos de gestão. Deve valorizar e fortalecer os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os conselhos e as conferências de saúde, instrumentos essenciais na formulação da política municipal de saúde, e firmar pactos com as demais esferas de governo, visando à implementação da política de gestão estratégica e participativa. Deve ampliar e fortalecer o acesso da população às informações sobre a saúde, o SUS e os direitos sociais, qualificando as instâncias de participação da sociedade civil e de controle social. Deve promover a humanização e a 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 eqüidade. Deve promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e de participação popular na saúde, apoiando instâncias organizadas de representação social. Deve realizar escuta contínua das necessidades e demandas da população, processando essas informações para serem utilizadas como ferramentas de gestão nas distintas esferas do SUS. Deve promover o envolvimento de outros setores de governo municipal e da sociedade comprometidos com a produção da saúde, construindo práticas de articulação intersetorial. Deve criar e apoiar comitês e grupos de trabalho destinados à busca da eqüidade, ofertando ações diferenciadas a grupos com necessidades especiais. Deve, ainda, integrar as ações de monitoramento e avaliação, bem como as de auditoria, às iniciativas em curso no campo da gestão participativa.

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.

## Participação social em saúde

P

É uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio 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 recebedor 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 n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Patente

Patente é um documento expedido por um órgão governamental que descreve a invenção e cria uma situação legal em que esta invenção só pode vir a ser explorada com a autorização de seu proprietário. A patente permite que as instituições que arcaram com o risco financeiro inicial em pesquisa e desenvolvimento de um produto ou processo estejam em vantagem competitiva em relação àquelas que nada investiram. Os medicamentos genéricos são exemplo de exploração de uma tecnologia após o vencimento de sua patente, que, no Brasil, tem vigência de vinte anos.



Propriedade Industrial

Lei nº 9279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial.

## PCCS SUS

Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCCS SUS).

## 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 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.centrocochranedobrasil.org/; BVS-Bireme: http://www.bireme.br/



## Pesquisa em saúde/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 setor Saúde.

## 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 ao aumento da eqüidade e o fortalecimento dos padrões éticos das ações de ciência e tecnologia em saúde. Devem, portanto, considerar aspectos tão díspares e relevantes quanto às doenças e aos 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.

Complexo industrial da saúde; Eqüidade; Pesquisa em saúde; Pesquisa envolvendo seres humanos; Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde.

P

## Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS)

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) objetiva, por meio da coleta de informações, a elaboração de indicadores demográficos, de saúde e de nutrição para mulheres em idade fértil, de 15 a 49 anos e crianças menores de cinco anos para subsidiar a avaliação de políticas e estratégias de ação nessas áreas. Os dados relevantes levantados serão apontados no campo da saúde reprodutiva da mulher, na história de nascimentos, na anticoncepção, na esterilização, no planejamento da gravidez, no aleitamento materno, na vacinação e saúde, no casamento e atividade sexual da mulher, na segurança alimentar, no acesso aos medicamentos, na antropometria, nos exa-

mes bioquímicos, entre outros. Essa iniciativa é financiada pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Em um País de dimensões continentais como o Brasil, a obtenção da maioria dos indicadores pactuados somente é possível por meio de levantamentos de representatividade nacional. A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN-89), realizada em 1989 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ainda tem sido uma das fontes de dados usada como "linha-base" para o acompanhamento de alguns dos indicadores de saúde e nutrição das crianças brasileiras.

## Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS).

## Piso de Atenção Básica (PAB)

O Piso da Atenção Básica (PAB) consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); ACS; Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário. Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Bloco de Atenção Básica; Atenção Básica à Saúde; Política Nacional da Atenção Básica.

Política Nacional da Atenção Básica em <www.saude.gov.br/dab>; Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 conferido a cada uma delas. O monitoramento e a avaliação, como ações permanentes, têm por objetivo analisar, criticamente, as políticas e planos, visando a 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 à 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 o desenvolvimento profissional dos trabalhadores, com o objetivo de contribuir para a qualificação dos serviços prestados. O plano de carreiras é um valioso instrumento para a gestão da política de pessoal, uma vez que institui um sistema de carreiras baseado no mérito e na capacitação profissional. Por isso, é uma antiga reivindicação dos trabalhadores da área pública de saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou a Comissão Especial para Elaboração de Diretrizes de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS (PCCS-SUS) (Portaria/GM nº 626/2004[4]) que contou com a participação dos gestores, prestadores e trabalhadores. A proposta preliminar elaborada pela Comissão foi levada ao entendimento na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), sendo aprovada na Reunião Ordinária de 5 de outubro de 2006 e transformada no Protocolo nº 06/2007, bem como pela Comissão Intergestores Tripartite, em reunião realizada em 9 de novembro de 2006 e homologada pelo Conselho Nacional de Saúde, em reunião realizada na mesma data. As Diretrizes Nacionais para a instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários foram publicadas pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM nº 1.318, de 5 de junho de 2007, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do SUS.



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

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 626/GM, de 8 de abril de 2004. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 2004.

## Plano de saúde

É o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais devem ser expressos em objetivos, diretrizes e metas.

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)[5].



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 financeiros –, dentre outras; 2) os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as metas pretendidas 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

[5] BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

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.

Série Cadernos de Planejamento, Sistema de Planejamento do SUS – Instrumentos básicos, volume 2 em <http//: www.saude.gov.br/planejasus>; 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; Portaria nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Plano Diretor de Investimentos (PDI)

Considerado também um instrumento de planejamento do processo de regionalização, o PDI deverá expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento estadual e regional. Os planos de investimentos deverão ser discutidos e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) dos estados.

O PDI deverá conter investimentos destinados a: 1) processo de regionalização; 2) desenvolvimento de ações de promoção à saúde; 3) recuperação, readequação, expansão e organização da rede física de saúde; 4) aquisição de equipamentos; 5) desenvolvimento de ações de vigilância à saúde; 6) constituição de espaços de regulação; 7) promoção da eqüidade inter-regional, entre outras necessidades pactuadas.

Descentralização; Regionalização; Planejamento regional; Pacto pela Saúde 2006.

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

## Plano Diretor de Regionalização (PDR)

P

Considerado um dos instrumentos de planejamento e coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal.

O PDR deverá traçar o desenho final do processo de pactuação entre os gestores e conter: 1) caracterização do Estado; 2) identificação das regiões de saúde nas suas diferentes formas; 3) mapas dos arranjos regionais que conformam as macrorregiões de saúde, caracterizando as ações e os serviços contidos ou a serem oferecidos; 4) identificação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR); 5) Situação geolocalizada da estruturação das redes de atenção, articuladas com a PPI; 6) outros processos de pactuação entre os gestores que objetivem potencializar as ações de saúde, no âmbito regional. O PDR deverá ser aprovado no conselho estadual de saúde e na Comissão Intergestores Bipartite dos estados.

Descentralização; Regionalização; Planejamento regional; Pacto pela Saúde 2006.

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

## Plano Diretor de Vigilância Sanitária

P

O Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVisa) é um instrumento de eleição de prioridades em Visa, que reconhece a diversidade do País e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades loco-regionais, além de contemplar as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), no âmbito do SUS. Esse Plano Diretor, além de atender a uma reivindicação da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, é o resultado de um processo amplo e democrático de discussão e pactuação, iniciado em março/2005, com as três esferas de governo, observando as múltiplas visões e experiências dos gestores, profissionais de saúde e conselheiros, entre outros atores do SUS envolvidos nesse processo. Estima-se que em torno de 10.000 pessoas tiveram a oportunidade de participar de um dos

momentos de discussão desse processo e que esse movimento propiciou, além do acúmulo de conhecimentos, a possibilidade de articulação entre as esferas de gestão e de integração entre os atores do SUS.

É importante ressaltar que a construção do PDVisa se deu no bojo dos debates do Pacto pela Saúde e, por isso, tem interface e está articulado com essa temática contemporânea do SUS e seus desdobramentos. Portanto, todo o processo foi devidamente balizado e pactuado pelas instâncias colegiadas do SUS – CIT e CNS e suas comissões e grupos de trabalho temáticos de vigilância.

Esse Plano aborda as diretrizes para o fortalecimento do SNVS e sua efetiva consolidação como parte integrante do SUS, agregando-as em cinco eixos, a saber: 1) Organização e gestão do SNVS, no âmbito do SUS; 2) Ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes; 3) A vigilância sanitária no contexto da atenção integral à saúde; 4) Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico; e 5) Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social. O intuito é que essas diretrizes orientem o processo de planejamento das ações de vigilância sanitária, tornando-se um facilitador dos instrumentos de gestão já instituídos no SUS. Daí afirmarmos que não se trata de mais um instrumento de gestão; mas sim de um instrumento e de um processo articulado à dinâmica do Pacto pela Saúde, que respeita e se norteia pelos princípios do SUS e que visa fortalecer esse sistema, ressaltando o papel que a Visa detém nesse processo de fortalecimento.

Pacto pela Saúde; Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde; Bloco de Vigilância em Saúde.



Documentos, notícias e as versões do PDVisa no endereço <http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/index.htm>.

## 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 B desta publicação – Contatos do SUS.

## Planta Medicinal

Entende-se por Planta Medicinal, uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (OMS, 2003). Chama-se planta fresca aquela coletada no momento de uso e planta seca a que foi precedida de secagem, equivalendo à droga vegetal.

Fitoterapia; Fitoterápicos; Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; Medicina Antroposófica; Acupuntura.

<www.saude.gov.br/dab>; Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006; Portaria nº 971, de 4 de maio de 2006; Portaria n° 853, de 17 de novembro de 2006; Portaria n° 1.600, de 18 de julho de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

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



Participa SUS.

## 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 da atenção à saúde; articulação entre ensino, gestão, atenção, 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. A Política de Educação Permanente em saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e instituída pela Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Novas diretrizes e processos e instância para a implementação desta política foram definidas pela Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. As principais alterações dizem respeito: 1) ao financiamento, que passa a integrar o Bloco de Financiamento da Gestão, na forma estabelecida pelo "Pacto pela Saúde"; 2) à integração do processo de planejamento e desenvolvimento da educação permanente ao processo e instrumentos de planejamento e programação do SUS; 3) à reorientação das relações e fluxo de informações entre a instância de gestão participativa desta política, a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço e as instâncias de gestão colegiada (Comissão Intergestores Bipartite) e de controle social (Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde).



Pólos de educação permanente em saúde. Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004; Portaria MS/GM nº 1.829, de 2 de setembro de 2004; Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007; Portaria MS/SGTES nº 37, de 1º de novembro de 2007; Portaria nº 43 MS/SGTES, de 5 de dezembro de 2007; Portaria MS/SGTES nº 48, de 14 de dezembro de 2007; e 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, encontra-se a União Européia que 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 Área (Nafta) – acordo de livre comércio da América do Norte, o Pacto Andino e o Mercado Comum do Sul (Mercosul). O 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. A República da Bolívia, a República do Chile, a República da Colômbia, a República do Peru e a República Bolivariana da Venezuela como Estados Associados possuem acordos de convergência econômica com o Mercosul. Criado em 26 de março de 1991, por uma carta constitutiva – o Tratado de Assunção –, o Mercosul tem como objetivo central a constituição de um Mercado Comum (livre circulação de bens, serviços e de conhecimentos). A superação de problemas da conjuntura econômica e de 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 judiciários, a educação, como também questões relacionadas à regulação e regulamentação do exercício pro-

fissional na área da Saúde, em que várias ações concretas já foram desenvolvidas com objetivo de harmonizar as legislações de saúde nos Estados Partes, a fim de identificar mecanismos para regular e controlar o exercício profissional. Dentre 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 todos os países fronteiriços da América Latina.

Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP 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).

Portaria nº 1.156, de 7 de julho de 2005; Portaria nº 552, de 13 de abril de 2005; Decreto nº 5.105, de 14 de junho de 2004.

## Política de Qualificação da Saúde Suplementar

P

Política implementada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que visa incentivar as operadoras a atuarem como gestoras de saúde; os prestadores a atuarem como produtores de cuidado e os beneficiários a tornarem-se usuários de serviços de saúde com consciência sanitária, além de aprimorar a própria agência em regular um setor, para que este se empenhe em produzir saúde. Esta nova perspectiva de regulação compreende: aperfeiçoar a regulação normativa e indutora, estimular o desenvolvimento de modelos de Atenção Integral à Saúde, aprimorar os sistemas de informação, fomentar a pesquisa e publicações do setor, além de articular políticas e projetos com Ministério da Saúde e com os órgãos de Defesa do Consumidor.

Um dos itens desta política é o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar que se desdobra em dois componentes: a Avaliação de Desempenho das Operadoras ou Qualificação das Operadoras e a Avaliação de Desempenho da ANS ou Qualificação Institucional.

O componente da Qualificação das Operadoras avalia o desempenho das Operadoras por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Este índice varia de zero a um (0 - 1), sendo que 50% deste valor é dado pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS); 30% pelo Índice de Desempenho Econômico-financeiro (IDEF); 10% pelo Índice de Desempenho de Estrutura e Operação (IDEO) e 10% pelo Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários (IDSB). Cada um destes índices de desempenho é medido por um grupo de indicadores e seu resultado é dado pelo quociente entre a soma dos pontos obtidos pela operadora, em cada indicador e a soma do máximo de pontos possíveis de todos os indicadores específicos daquele índice. Os indicadores são calculados através dos dados enviados pelas operadoras aos Sistemas de Informações da ANS.

O componente da Qualificação Institucional avalia o desempenho da ANS através do Índice de Desempenho Institucional (IDI), que é resultante da avaliação por meio de indicadores de processos distribuídos em 2 (duas) dimensões: Processos Regulatórios e Desenvolvimento Institucional. A Qualificação Institucional está articulada ao Contrato de Gestão constituindo um sistema de avaliação interna, que reflete o desempenho da ANS em realizar sua missão, isto é, pela capacidade de desenvolvimento das competências de regulação, normalização, controle, fiscalização, avaliação e monitoramento da assistência suplementar à saúde.

A avaliação da qualidade do setor da Saúde Suplementar, pela medição do desempenho das operadoras e da ANS, deve ser capaz de contribuir para a análise da situação do setor e de sua capacidade de produção de saúde, ao mesmo tempo em que deve ter agilidade para indicar as mudanças necessárias, tendo em vista a melhoria dos níveis de saúde da população coberta por planos privados de saúde.

+ 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 pelo 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 à 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 de 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.

Discriminação e preconceito, Saúde da população indígena.

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

## Política Editorial

A Política Editorial do Ministério da Saúde (MS) estabelece princípios, diretrizes e responsabilidades que orientam a produção editorial, no âmbito do MS e das entidades a ele vinculadas. Tem por objetivo proporcionar à sociedade brasileira produtos editoriais que subsidiem profissionais, gestores e demais interessados no setor, favorecendo a consolidação do SUS, a participação, o controle social e a construção da cidadania. Pautada pela observância de aspectos legais, éticos, técnicos e científicos, essa política visa a estruturar os processos de planejamento, tratamento, edição, preservação, acesso e avaliação das informações em saúde, reconhecida como um patrimônio público e um direito constitucional. São princípios desta política: compromisso social, acesso público, interesse da saúde pública nacional, institucionalidade e efetividade.

Centro Cultural da Saúde (CCS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS), Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Coned MS), Estação Biblioteca Virtual em Saúde (Estação BVS)

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/coned_pe.htm

## Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

Política de Estado, voltada à compreensão do direito humano universal à alimentação e à nutrição, que tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para o consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e o acesso universal aos alimentos. Nota: política aprovada pela Portaria MS/GM nº 710, de 10 de junho de1999.

Alimentação Saudável; Distúrbios nutricionais.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Aprovada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde(CNS) n° 338, de 6 de maio de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e eqüidade. É uma política norteadora para as demais políticas intersetoriais, como as políticas de Medicamentos, de Ciência, Tecnologia e Inovação, de Desenvolvimento Industrial e de Formação de Pessoal envolvendo os setores público e privado de Atenção à Saúde.

Os eixos estratégicos da Política abrangem principalmente a descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando à superação de fragmentação em programas desarticulados e à ampliação e qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica, na rede pública de saúde, por meio da modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais. Com essas estratégias, pretende-se garantir o acesso da população aos medica-

mentos seguros, eficazes, de qualidade e a baixo custo, além da promoção do uso racional.

## Política Nacional de Atenção às Urgências

Atenção às urgências.

## Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS)

Política desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de contribuir para que o desenvolvimento nacional se faça de modo sustentável e com apoio na produção de conhecimentos técnicos e científicos, ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País. A PNCTIS, aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em julho de 2004, foi resultado de um trabalho coletivo que envolveu representantes dos setores da Saúde, Educação e Ciência e Tecnologia. A Política pauta-se pelo compromisso ético e social de melhoria das condições de saúde da população brasileira, considerando particularmente as diferenciações regionais, buscando a eqüidade. Tem como princípios básicos: o respeito à vida e à dignidade das pessoas, a melhoria da saúde da população brasileira, a busca da eqüidade em saúde, a inclusão e o controle social, o respeito à pluralidade filosófica e metodológica. Sua elaboração, implementação e acompanhamento são de responsabilidade do Departamento de Ciência e Tecnologia, um dos três integrantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde.

Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.

<http://www.saude.gov.br> – área temática Ciência e Tecnologia.

## Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS)

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), aprovada e publicada na Portaria GM/MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, reafirma os pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde enquanto responsabilidade do Estado – universalidade, eqüidade, integralidade e participação social. São destaques desta Política: a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social, a promoção da inclusão social de populações específicas e a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes. Promove-se a integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

Em 28 de novembro de 2007, através da Portaria GM/MS nº 3060, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa regulamentou a transferência de recursos relativos ao incentivo financeiro para o fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PNGEP), no âmbito do componente de qualificação da gestão do Bloco de Gestão do SUS, vinculado ao Pacto pela Saúde.



## Política Nacional de Humanização (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi formulada a partir da sistematização de experiências do SUS que dá certo e reconhece que Estados, Municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados. Isso contribui para a legitimação do SUS como política pública.

O SUS apresenta inúmeros avanços em seu processo de construção, porém, tem desafios importantes a superar: o acolhimento nem sempre adequado, a pouca valorização do trabalho em saúde, a não formação de vínculo entre usuários e

equipes e a fragmentação das ações no processo de atenção são alguns exemplos.

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a PNH tem o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e produção de sujeitos.

Princípios da PNH: Inseparabilidade entre a Atenção e a Gestão dos Processos de Produção de Saúde – São práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando esse entendimento.

Transversalidade – Concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias aumentam o grau de abertura de comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde.

Autonomia e Protagonismo dos sujeitos – A co-responsabilidade entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos e gestão.

Para a viabilidade dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como "tecnologias" ou "modos de fazer": 1) Acolhimento com classificação de risco; 2) Equipe de referência e de apoio matricial; 3) Projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; 4) Projetos de construção coletiva da ambiência; 5) Colegiados de gestão; 6) Contratos de gestão; 7) Sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de "porta aberta", ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; 8) Projeto "Acolhendo os Familiares/Rede Social Participante": Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico; 9) Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; 10) Programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde; 11) Grupo de Trabalho de Humanização.

PNH; HumanizaSUS; Clínica Ampliada; Co-gestão; Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS; Ambiência; Direito dos

usuários; Filas nos serviços; Gestão Participativa.

Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual da Saúde/BVS em <www.saude.gov.br/bvs/humanizacao>; Sítio da PNH em <www.saude.gov.br/humanizasus>; Banco de Projetos da PNH – Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do SUS, em <www.saude.gov.br/humanizasus> e <www.saude.gov.br/coopera>; Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 dessas 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, dentre 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 autocuidado. Transcendendo o campo de atuação da Saúde, a PMNPC demanda articulação intersetorial, efetivada nas diferentes instâncias do SUS. Dentre 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.

Política pactuada na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em 17 de fevereiro de 2005, devendo ser amplamente divulgada após aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Atualmente o Ministério da Saúde (MS) financia a consulta médica em homeopatia e em acupuntura na tabela de produção ambulatorial.



Fitoterapia e plantas medicinais, Medicina antroposófica, Acupuntura.

## Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

Política de caráter interministerial que objetiva garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promo-

vendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Alguns princípios nortearam sua elaboração, tais como melhoria da atenção à saúde, uso sustentável da biodiversidade brasileira e fortalecimento da agricultura familiar, geração de emprego e renda, desenvolvimento industrial e tecnológico e perspectiva de inclusão social e regional, além da participação popular e do controle social sobre todas as ações decorrentes dessa iniciativa. Entre os fatores previamente admitidos, deve-se ressaltar a necessidade de minimização da dependência tecnológica e do estabelecimento de uma posição de destaque de nosso País no cenário internacional.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos estabelece diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações pelos diversos parceiros em todas as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos. Essa Política foi elaborada por Grupo de Trabalho Interministerial, instituído por Decreto Presidencial, coordenado pelo Ministério da Saúde, constituído de representantes da Casa Civil da Presidência; Ministérios: da Saúde; da Integração Nacional; do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; do Desenvolvimento Agrário; da Ciência e Tecnologia; do Meio Ambiente; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Fundação Oswaldo Cruz, com o auxílio de representantes de outros órgãos e entidades. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi aprovada pelo Decreto Presidencial nº. 5.813, de 22 de junho de 2006.



Fitoterapia; Fitoterápicos; Plantas medicinais; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Decreto 5.813, de 22 de junho de 2006; Portaria nº. 971, de 4 de maio de 2006; Portaria n°853, de 17 de novembro de 2006; <www.saude.gov.br/sctie/daf>.

## Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)

Política Nacional que integra ao SUS práticas como a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura; Homeopatia; Fitoterapia; Medicina antroposófica e Termalismo Social. O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

PNPIC; Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura; Homeopatia; Fitoterapia; Medicina antroposófica; Termalismo Social e Crenoterapia.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC); Portaria nº. 971, de 4 de maio de 2006; Portaria n° 1.600, de 18 de julho de 2006; Portaria n° 853, de 17 de novembro de 2006; Decreto 5.813, de 22 de junho de 2006; <www.saude.gov.br/dab>; <www.saude.gov.br/sctie/daf>.



## Política Nacional de Promoção da Saúde

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada em 30 de março de 2006 pela Portaria GM nº 687 e compõem as prioridades do Pacto Pela Vida.

O documento da PNPS retoma as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986)[6] para ratificar a necessidade de que o processo saúde-adoecimento seja compreendido e abordado a partir de sua determinação social.

[6] CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. *Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

Afirma-se que a Promoção da Saúde é uma das estratégias de produção da saúde, cuja especificidade é o fortalecimento da abordagem dos determinantes sociais nas ações do setor Saúde, potencializando formas mais amplas de pensar e trabalhar junto aos sujeitos e às comunidades. Nessa direção, as ações de Promoção da Saúde tomam como foco os modos de viver de sujeitos e comunidades, entendendo que estes não se referem ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, sujeitos e comunidades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam outras possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses no contexto de suas próprias vidas. Ou seja, é com base na disponibilidade de acesso a determinadas informações, políticas públicas, renda, moradia e bens de consumo, dentre outros fatores que constroem uma sociedade e são por ela construídos, que existirá mais saúde ou mais adoecer.

O agir do sanitário, portanto, consiste no estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida, da redução dos riscos a que ela está exposta e da melhoria de sua qualidade e condições. Ao mesmo tempo, implica na capacidade de gestores e trabalhadores do SUS investirem na consolidação de mecanismos intersetoriais, participativos e solidários para equacionar as necessidades de saúde de um território.

Vigilância em Saúde; Doenças e Agravos Não Transmissíveis; Fatores de Risco e de Proteção; Atenção Básica; Gestão Participativa; HumanizaSUS.



## 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

Estratégia definida pela Portaria MS/GM nº 198/2007, para a operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), alterada pela Portaria MS/GM nº 1996/2007.

Educação popular em saúde, Política de Educação Permanente em Saúde. Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.

Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004; Portaria MS/GM nº 1.829, de 2 de setembro de 2004; Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007; Portaria MS/SGTES nº 37, de 1º de novembro de 2007; Portaria nº 43 MS/SGTES, de 5 de dezembro de 2007; Portaria MS/SGTES nº 48, de 14 de dezembro de 2007; e 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, dentre outras. Além disso, o setor orienta e controla a vacinação nesses postos, emitindo o Certificado Internacional de Vacinação Antiamarílica.

Inspeção em vigilância sanitária, Termo de Ajustes de Metas (TAM), Vigilância sanitária.

## Preceptor

Profissional de saúde que atua como supervisor docente-assistencial em área específica e/ou de sua especialidade junto a outros profissionais ou estudantes de saúde. Deve ter curso de graduação e um mínimo de três anos de experiência em sua área de aperfeiçoamento e/ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou, ainda, de residência médica. Organiza o processo de aprendizagem especializados e de orientação técnica a profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamentos, especializações, estágios e vivências de graduação ou de extensão.

Residência Médica e Residência Multiprofissional em Saúde.

Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005; Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005; Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005, no CD-ROM encartado nesta publicação.



## Prestação de contas/convênios

Convênios federais de Saúde.

## Profae

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

## ProgeSUS

Comissão Intergestores do ProgeSUS; Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

## Programação para Gestão por Resultados na Atenção (PROGRAB)

A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) é um *software* para a programação das ações das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, desenvolvido em software livre pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. É uma ferramenta de programação que tem como eixo estruturante a integralidade da atenção. Por isso propõe um amplo escopo de ações desenvolvidas no cotidiano das equipes de Atenção Básica: as áreas programáticas, a demanda espontânea, as atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação, as ações intersetoriais e interinstitucionais.

Esta ferramenta visa apoiar os gestores e as equipes de Atenção Básica e Saúde da Família de forma integrada na programação das suas ações pertinentes à organização das práticas dessas equipes e é um instrumental para as equipes locais de saúde que guarda coerência com a Programação Pactuada e Integrada, os indicadores da Atenção Básica e os indicadores do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf).



Atenção básica à saúde; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (Proesf).

Download na página: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/prograb.php>; Política Nacional da Atenção Básica.

## Programação Anual em Saúde

É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Esse instrumento deve conter: a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; a definição dos responsáveis e das parcerias; e a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

Plano de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

Série Cadernos de Planejamento, Sistema de Planejamento do SUS – Instrumentos básicos, volume 2, em <http//: www.saude.gov.br/planejasus>; Portaria Nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP-VS)

Define atividades e metas que visam a fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, tendo como premissas o aumento da capacidade do município para assumir as atividades de notificação, investigação e confirmação laboratorial, imunização, sistemas de informação, vigilância ambiental em saúde, análise de fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, controle de doenças e ações de vigilância sanitária; bem como, estimular as secretarias estaduais a cooperar tecnicamente com os municípios e a desenvolver monitoramento e avaliação das atividades programadas. Garante ainda, 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. Subsidia a melhor distribuição dos recursos financeiros entre as secretarias estaduais e municipais de saúde e torna suas aplicações mais transparentes, facilitando a participação e o controle da sociedade.

Para promoção da saúde e paraprevenção e controle de doenças, a União estabelece, anualmente, metas e ações a serem desenvolvidas nas unidades federadas, após discussão com representantes do Conass e Conasems na

Comissão Tripartite. As secretarias estaduais de saúde iniciam a discussão técnica das metas propostas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), analisando a viabilidade técnica do seu cumprimento, a fim de subsidiar os municípios na elaboração e organização de suas programações, oferecendo suporte operacional às ações. Após essa discussão, os municípios são convocados a pactuarem as metas referentes às ações propostas, fundamentadas em suas realidades locais e capacidades de execução. Cabe aos municípios assumir a execução da maior parte das ações de vigilância em saúde. Para subsidiar a elaboração da PAP-VS, além das atividades e metas, a SVS disponibiliza aos estados um instrutivo em que reporta, detalhadamente, cada ação. A programação é encaminhada para análise e aprovação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). O financiamento para o cumprimento das metas e ações definidas na PAP-VS é proveniente do Bloco de vigilância em Saúde.

Bloco de vigilância em saúde; Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

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

## Programação Pactuada e Integrada (PPI)

P

Processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos estados e municípios brasileiros. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando as parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios. É, portanto, uma etapa do planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: planos de saúde, planos plurianuais de saúde e outros. Embora até o

momento a PPI tenha se restringido a recursos federais de custeio, pretende-se que passe a englobar recursos próprios dos estados e dos municípios.

A PPI deve ser construída em três etapas: 1) Etapa preliminar – Em coerência com as diretrizes da política de saúde estabelecida nos planos estaduais de saúde, planos plurianuais, pacto da atenção básica, planos diretores de regionalização e demais instrumentos do planejamento, o gestor estadual e os gestores municipais definem conjuntamente, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), as situações específicas de seus territórios, no campo da assistência. Resulta dessa fase a macroalocação 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, etapa em que os gestores municipais adaptam os parâmetros às especificidades locais e promovem a pactuação das referências intermunicipais, por meio de fóruns regionais e ou microrregionais. Nessa etapa, a coordenação e o apoio técnico da secretaria estadual de saúde (SES) são fundamentais. O 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, à consolidação do teto estadual e deve publicar em Diário Oficial do estado os limites financeiros assistenciais. Uma nova proposta de PPI está em elaboração, introduzindo mudanças nessas diretrizes, incluindo a lógica da programação, as aberturas programáticas e a concepção do Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada (SisPPI), projeto conjunto da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e do DATASUS que inclui a etapa de programação intramunicipal e chega aos estabelecimentos de saúde. A PPI só terá utilidade prática se refletir os fluxos estabelecidos e for acompanhada sistematicamente.

Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP-VS).

## Programação de Ações Prioritárias na Área de Vigilância em Saúde (PAP-VS)

Define atividades e metas que visam a fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, tendo como premissa básica o aumento da capacidade dos estados e municípios para assumirem as atividades de notificação, investigação e confirmação laboratorial, imunização, sistemas de informação, vigilância ambiental em saúde, análise de fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, controle de doenças e ações básicas de vigilância sanitária. Garante, ainda, 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. Subsidia a melhor distribuição dos recursos financeiros entre as secretarias estaduais e municipais de saúde e torna suas aplicações mais transparentes, facilitando a participação e o controle da sociedade. A sua periodicidade é anual e leva em consideração as prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida, que não são incluídas na PAP-VS, para que não exista superposição de ações e de indicadores.

Para promoção da saúde e para prevenção e controle de doenças, a União estabelece, anualmente, metas e ações a serem desenvolvidas nas unidades federadas, após discussão com representantes do Conass e Conasems. As secretarias estaduais de saúde iniciam a discussão técnica das metas e ações propostas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), analisando a viabilidade técnica do seu cumprimento, a fim de subsidiar os municípios na elaboração e organização de suas programações, oferecendo suporte operacional às ações. Após essa discussão, os municípios são convocados a pactuarem as metas referentes às ações propostas, fundamentadas em suas realidades locais e capacidades de execução. Cabe aos municípios assumir a execução da maior parte das ações de vigilância em saúde. Para subsidiar a elaboração da PAP-VS, além das atividades e metas, a SVS disponibiliza aos estados um instrutivo em que reporta, detalhadamente, cada ação. O pacto é encaminhado para análise e aprovação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e ratificado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O financiamento para o cumprimento das metas e ações definidas na PAP-VS é proveniente do Bloco de vigilância em saúde.



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

Agrotóxicos/análises de resíduos.

## Programa de Formação Profissional em Saúde (Profaps) – Ensino Técnico

O Profaps tem por objetivo contribuir para a melhoria da qualidade da atenção básica e especializada, por meio da qualificação dos trabalhadores do SUS, tendo em vista a implementação das políticas públicas prioritárias do setor Saúde. Tem a perspectiva de, a médio prazo, desenvolver a formação de 745.435 trabalhadores das diversas categorias profissionais de nível técnico, entre as quais estão: radiologia; biodiagnóstico: patologia clínica, citologia e hemoterapia; manutenção de equipamentos; odontologia (técnico em higiene dental, auxiliar de consultório dentário e técnico em prótese dentária); ACS; técnico em vigilância (ambiental, epidemiológica e sanitária); técnico de enfermagem, entre outros.

## 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 essa 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.

## Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional

Criado desde 1993, o Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional é a consolidação de várias ações políticas iniciadas a partir de 1971. O Programa foi concebido com a prerrogativa de garantir o acesso da população a medicamentos importados para o tratamento de doenças de rara incidência, portanto, classificados como "excepcionais". Até recentemente, os seus marcos regulatórios eram as portarias PT/SAS/MS 409/99, PT/GM/MS 1481/99, PT/GM/MS 1.318/02, PT/SAS/MS 921/02, PT/SAS/MS 203/05, PT/GM/MS 445/06, PT/GM/MS 562/06, além das portarias de publicação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). O Programa está em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e o Pacto pela Saúde; e considera também a pactuação da reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 5 de outubro de 2006, que estabelece um novo marco com a publicação, em 30 de outubro de 2006, da Portaria GM/MS nº 2.577.

Esse instrumento regulamentou o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) e revogou todas as portarias vigentes, exceto as que publicaram os PCDTs. A Portaria GM/MS nº 2.577 caracteriza-se como uma estratégia da Política de Assistência Farmacêutica, que tem por objetivo disponibilizar medicamentos no âmbito do SUS para tratamento dos agravos inseridos nos seguintes critérios: doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento também de custo elevado desde que haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou ainda, se o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

Portaria GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006.

## Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares

Saneamento/melhorias básicas domiciliares e coletivas.

## Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)

Programa de cooperação técnica e financeira com estados e municípios, voltado para o desenvolvimento de ações conjuntas para o fortalecimento e modernização das estruturas de gestão do trabalho e da educação no SUS, com vistas a sua efetiva qualificação. Conforme a Portaria MS/GM n.o 2.261, de 22 de setembro de 2006 (DOU n.o 185, de 26 de setembro de 2006), o ProgeSUS tem os seguintes componentes: a) financiamento para a modernização dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de secretarias de saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática; b) disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para o setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das secretarias de saúde que desejarem adotá-lo; c) capacitação de equipes que atuam no referido setor das secretarias de saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios; d) participação, por parte das secretarias que aderirem ao ProgeSUS, no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS).

Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS.

Portaria MS/GM n.o 2.261, de 22 de setembro de 2006.

## Programa de Reestruturação 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 Médica, 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 preceptoria 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.

Portaria Interministerial nº 1.000 MS-MEC; Portaria Interministerial nº 1.005 MS-MEC; Portaria Interministerial nº 1.006 MS-MEC; Portaria Interministerial nº 1.007 MS-MEC e Portaria nº 2.355, de 26 de outubro de 2004.

## 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 objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. O Programa 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 adqui-

rir medicamentos prescritos. 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, estabelecido com base em evidências científicas e epidemiológicas que indicam sua aplicação segura e eficaz no tratamento das doenças e agravos prevalentes na população. A prioridade para aquisição dos medicamentos do Programa é dada aos laboratórios farmacêuticos públicos, pertencentes à União, estados e municípios, complementarmente a aquisição dar-se-á no mercado privado, dando prioridade aos medicamentos genéricos. O Programa Farmácia Popular do Brasil desenvolve-se de forma conjunta, envolvendo o Ministério da Saúde e a Fiocruz, que é responsável pela sua execução, por meio de convênios firmados com os estados, o Distrito Federal, os municípios e as entidades públicas e privadas, sem fins lucrativos de assistência à saúde e ensino superior de farmácia.

A Portaria nº. 491, de 9 de março de 2006, trata da Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, por meio da subvenção a um grupo de medicamentos para Hipertensão e Diabetes em parceira com redes privadas de farmácias e drogarias. Os medicamentos disponíveis no Programa, para essa fase de expansão, são para Hipertensão: maleato de enalapril 20 mg, cloridrato de propranolol 40 mg, atenolol 25 mg e hidroclortiazida 25 mg; os medicamentos indicados para Diabetes são: glibenclamida 5m, cloridrato de metformina 500 mg, cloridrato de metformina 850 mg e insulina humana NPH 100 UI/ml. Para habilitação ao Programa é necessário que os estabelecimentos privados se qualifiquem. Duas das exigências do Programa são: presença de farmacêutico responsável pelo estabelecimento e venda mediante a apresentação de receituário, além do cumprimento de todas as exigências sanitárias vigentes no País e de toda a legislação que envolve estabelecimentos farmacêuticos.

As demais orientações para habilitação e roteiros a ser seguidos estão disponíveis no sítio do Programa: http://www.saude.gov.br/farmaciapopular. Esse processo de expansão é caracterizado pela obtenção de uma chancela por parte das farmácias ou drogarias como parceiras do Programa Farmácia Popular do Brasil. Os nove medicamentos do Programa para a Fase II são vendidos para os usuários do varejo com 90% de desconto do seu valor de referência o qual é subvencionado pelo Governo Federal. O usuário paga o restante do valor refe-

rente ao preço de referência.

Os interessados em firmar parcerias para a instalação de unidades do Programa Farmácia Popular (Fase I) 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 realizado por meio 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. A expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil está relacionada somente a estabelecimentos privados de comércio de medicamentos.

Centrais de abastecimento farmacêutico; Dispensação; Medicamento de referência Medicamento genérico; Medicamentos essenciais; Programa de distribuição de medicamentos; 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; Programa Farmácia Popular em: <http://www.saude.gov.br/farmaciapopular>; Disque-Saúde do MS, telefone: 0800-611997; Farmácia Popular do Brasil – Manual Básico; Portaria nº. 491, de 9 de março de 2006.



## Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (Pnass)

Objetiva avaliar os serviços de saúde do SUS, buscando apreender, da forma mais completa e abrangente possível, a realidade em que os mesmos se inserem, em suas diferentes dimensões. Considera aspectos como a eficiência, a eficácia e a efetividade das estruturas, os processos utilizados e os resultados alcançados, em relação aos riscos, ao acesso e à satisfação dos cidadãos, na busca permanente pela melhoria da resolubilidade e da qualidade das ações e serviços. É constituído por instrumentos que possibilitam avaliações abrangentes, quais sejam: 1) roteiro de padrões de conformidade – avalia a gestão organizacional,

o apoio técnico e logístico e a gestão da atenção à saúde, segundo os tipos de estabelecimentos; 2) indicadores de produção – tradicionais indicadores de avaliação, analisados mediante parâmetros estabelecidos pelas médias regional e nacional, para os diferentes tipos de serviços (hospitais, serviços de oncologia e hemodiálise, ambulatórios de especialidades); 3) pesquisa de satisfação dos usuários – avalia a agilidade, o acolhimento, a confiança, a ambiência, a alimentação, as roupas, a humanização, a gratuidade e as expectativas; 4) pesquisa de condições e relações de trabalho – questionário autopreenchido pelos profissionais de saúde.

O roteiro de padrões de conformidade pode ser aplicado em diversas combinações, de acordo com a realidade do serviço e as distintas complexidades que o envolvem. Baseia-se em um sistema de auto-avaliação, aplicado pelo serviço e pelo gestor local. Esse processo contribui para a estruturação dos serviços, permitindo o autoconhecimento e identificando a realidade e as necessidades locais. A pesquisa de satisfação dos usuários e a pesquisa das relações e condições de trabalho são realizadas com base em cálculos amostrais, de acordo com o número de trabalhadores descrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), sendo realizadas pelo gestor local em todos os serviços de saúde. O fluxo de entrada e saída de dados obtidos será gerenciado por meio do sistema de informação SIS Pnass, disponível pela internet, cujo acesso é feito por meio de senha específica para cada gestor, disponibilizando informações sobre os estabelecimentos de saúde, amostras de pesquisas e seus indicadores.



Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) no Anexo C desta publicação – Sistemas de Informação em Saúde e Bancos de Dados; SIS Pnass em <http://pnass.datasus.gov.br>; Manual do Pnass, no endereço <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/download.htm>; e ainda Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família, em <http://www.saude.gov.br/caadab>.

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

Institui 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, dentre outros componentes 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)

Veja: Infecção hospitalar/controle.

## Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)

Estratégia de ação do governo federal cujo objetivo é a desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde. Para formulação desta política nacional foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS; 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); Vínculos precários de trabalho.

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

## Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/AIDS)



O Programa Nacional de DST e Aids tem como missão reduzir a incidência de HIV/aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Para isso, formula políticas, diretrizes e estratégias que orientam ações de promoção à saúde, de prevenção e de assistência.

Para expandir a qualidade e o acesso às intervenções, busca-se a ampliação das ações de prevenção, a inserção dos grupos mais vulneráveis nas redes de atenção, o acesso aos insumos (preservativos, gel lubrificante, kits de redução de danos) e a implementação de serviços de referência em assistência.

Na área de diagnóstico, as ações visam à detecção precoce da infecção pelo HIV, assim como o monitoramento da infecção e a garantia de uma avaliação da qualidade do diagnóstico laboratorial. Importante, também, é a rede de vigilância

epidemiológica do vírus e a capacitação de profissionais de saúde.

Em relação aos direitos humanos, o PN-DST/AIDS tem atuado historicamente em parceria com o movimento social e organizações da sociedade civil (OSC) na execução de ações para o enfrentamento da epidemia. Destaca-se o desenvolvimento de projetos nas áreas de assessoria jurídica, direitos humanos e pessoas que vivem com HIV e aids, entre outros.

Discriminação e preconceito: Epidemia/controle: Vigilância em saúde.

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

## Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC)

Criado pela Portaria nº 9, de 14 de dezembro de 2005, o Programa tem articulação direta com as Secretarias de Atenção a Saúde (SAS), de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e seus objetivos são: desenvolver, acompanhar e avaliar a implementação da metodologia de custos adotada pelo PNGC; criar um manual técnico em custos; apoiar tecnicamente a implantação de sistema de custos no SUS; criar e capacitar uma rede de colaboradores e multiplicadores; desenvolver ferramentas para auxiliar a tomada de decisão e desenvolver um software específico em custos.

Programa Nacional de Imunizações (PNI); Vacinação.

<www.saude.gov.br/custos>; Correio eletrônico: pngc@saude.gov.br

## Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESU), e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas

Educacionais Anísio Teixeira (INEP) instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Programa visa, com incentivos às Instituições de Educação Superior (IES) e às Secretarias de Saúde, promover transformações na formação em saúde, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença.

O Programa tem três eixos: orientação teórica, orientação pedagógica e cenários de prática (inserção dos estudantes na rede pública de serviços de saúde), sendo este último, seu eixo central.

Destacam-se, entre seus objetivos: 1) reorientar o processo de formação, inicialmente nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira, em acordo com os princípios e diretrizes do SUS; 2) estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as Instituições de Educação Superior (IES), visando à melhoria da qualidade e a maior resolutividade da atenção prestada, com base na integração da rede pública de serviços de saúde e dos profissionais de saúde, na graduação e na educação permanente; 3) incorporar, no processo de formação na área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença e a promoção da saúde; e 4) ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços de saúde.



Inicialmente, três áreas foram contempladas no Pró-Saúde: Enfermagem, Medicina e Odontologia, cujas profissões fazem parte das equipes de Saúde da Família. Foram selecionados, por meio de edital público, 90 projetos, com impacto inicial sobre aproximadamente 46 mil estudantes de graduação da área da Saúde no País. A Portaria nº 3.019, de 26 de novembro de 2007, amplia o Programa para os demais cursos de graduação da área da Saúde, além dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, já tendo ocorrido a seleção de novos projetos conjuntos de IES e secretarias de saúde.

O Pró-Saúde propõe-se a desempenhar um papel indutor na transformação dos processos formativos no País, em consonância com as diretrizes do SUS, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança na graduação e faci-

litar a consecução dos objetivos propostos, em busca de uma atenção à saúde mais eqüânime, resolutiva e de qualidade.

Portaria Interministerial nº 2.118 MS/MEC, de 3 de novembro de 2005; Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 26 de novembro de 2007; Portaria SGTES nº 7, de 27 de março de 2008; <www.prosaude.org>

## Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)

Consiste na suplementação medicamentosa de sulfato ferroso para todas as crianças de 6 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto, com o objetivo de reduzir a prevalência de anemia por deficiência de ferro dessa população em todo o País. Os suplementos de ferro são distribuídos, gratuitamente, às unidades de saúde que conformam a rede do SUS em todos os municípios brasileiros, de acordo com o número de crianças e mulheres que atendam ao perfil de sujeitos da ação do Programa. Nota: o PNSF foi instituído pela Portaria MS/GM n° 730, de 13 de maio de 2005.

Desnutrição; Distúrbios Nutricionais.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).



## Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

O "Vitamina A Mais" – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – é um programa do Ministério da Saúde, com apoio dos estados, que busca reduzir e erradicar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de seis a cinqüenta e nove meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco para essa deficiência. No Brasil, são consideradas atualmente áreas de risco a região Nordeste e o Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. Nota: o "Vitamina A Mais" foi instituído pela Portaria MS/GM nº 729, de 13 de maio de 2005.

Desnutrição; Distúrbios Nutricionais.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## Programa Nacional de Telessaúde

O Programa Nacional de Telessaúde, coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em articulação com outros ministérios, universidades públicas e entidades das áreas de Saúde e Educação, se inicia com a implementação do projeto piloto do Telessaúde que tem por objetivo qualificar 2.700 equipes de Saúde da Família, por meio da utilização de modernas tecnologias de informação e comunicação, capazes de promover a teleducação/telessaúde, melhorando a resolubilidade na atenção básica do SUS.

Uma outra ação do programa foi a criação da Comissão Permanente por meio da Portaria nº 561/GM, de 16 de março de 2006, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de trabalhos cooperados com diversos órgãos governamentais e privados para facilitar a estruturação de telemedicina e telessaúde no País.



## Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)

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 foram escolhidas quatro doenças a serem detectadas no PNTN: na fase I, a fenilcetonúria e o hipotireoidismo congênito; na fase II, as doenças da fase I e mais a anemia falciforme e outras hemoglobinopatias; na fase III, as doenças da fase II e mais 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 (13): AL, AM, AP, CE, DF, MT, PA, PB, PI, RN, RR, SE, TO. Na fase II estão habilitados (11): AC, BA, ES, GO, MA, MS, PE, RJ, RO, RS, SP. Na fase III estão habilitados (3): MG, SC e PR. O PNTN cobre cerca de 80% dos nascidos vivos do País e todas as crianças detectadas com as doenças do PNTN têm assegurado pelo SUS o acompanhamento por equipes multidisciplinares (pediatra, endocrinologista, nutricionista, psicólogo e assistente social) assim como os insumos necessários ao tratamento.

Fenilcetonúria (PKU); Hipotireoidismo Congênito (HC); Anemia Falciforme (AF); Fibrose Cística (FC); Política Nacional de Sangue e Hemoderivados;
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: 0800 61 1997.

P

## Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde

O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, vem desenvolvendo atividades de fomento descentralizado a pesquisa nos 27 estados da federação, por meio do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS). O PPSUS envolve parcerias no âmbito federal e estadual. No nível federal participam o Ministério da Saúde, por meio do Decit, que é o coordenador nacional do Programa, e o CNPq, que é a instituição responsável

pelo gerenciamento técnico-administrativo do PPSUS em nível nacional. Na esfera estadual estão envolvidas as Fundações de Amparo a Pesquisa (FAPs) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). O objetivo geral do Programa é apoiar financeiramente o desenvolvimento de pesquisas que objetivam contribuir para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população brasileira e para o fortalecimento da gestão do SUS.

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

## Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir)

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/registro; Cosméticos e produtos de beleza/registro; Farmacovigilância; Medicamentos; 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 Profissionalização dos Trabalhadores da Área de

## Enfermagem

Projeto deflagrado a partir de 2000 com recursos oriundos de empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), cujo objetivo principal foi a profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem inseridos nos serviços de saúde, realizando ações próprias da enfermagem, sem habilitação técnica profissional necessária para o exercício destas ações. O prazo previsto para a execução do Profae foi de 4 anos, porém houve prorrogação de prazo de execução até dezembro de 2009. O Projeto desenvolve também as seguintes ações de sustentabilidade ao processo de formação de trabalhadores: Formação Pedagógica de Docentes na modalidade de Ensino a Distância; metodologias e processos para avaliação de competências profissionais dos trabalhadores; pesquisas sobre mercado de trabalho e processos educativos em saúde; apoio ao fortalecimento e desenvolvimento institucional de Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos para o SUS; suportes técnicos, operacionais e metodológicos para a gestão eficaz e efetiva do Profae e demais ações da formação técnica em saúde.

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



O Projeto faz parte da estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da Saúde, de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à implementação do SUS. Este projeto teve início em 2003, como VER-SUS/Brasil, em parceria com as secretarias municipais de saúde, propondo a abertura do sistema como espaço de ensino e aprendizagem para os estudantes da área da Saúde. É realizado sob a forma de vivências/estágios de 15 a 20 dias, com equipes multiprofissionais de estudantes das 14 áreas da Saúde. A missão do VER-SUS/Brasil é promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação na saúde. A edição de 2006 do Projeto contou com a participação de 213 estudantes, em oito municípios de

três estados do País.

Como produto da experiência e das avaliações do VER-SUS/Brasil, o Deges/SGTES/MS empenhou-se na construção de novas modalidades de vivências, ampliando as oportunidades de estágio, assumindo compromissos diretamente com as universidades, pela via da extensão universitária. Esta modalidade foi intitulada VER-SUS/Extensão, e tem as Pró-Reitorias de Extensão Universitária com um papel protagonista na produção, na execução e acompanhamento de estágios com maior período de duração, entre três meses e um ano. O VER-SUS/Extensão divide-se em dois programas específicos: Estágios Rurais Interprofissionais no SUS (ERIP) e Vivências em Educação Popular no SUS (VEPOP). Um total de 17 projetos foram implementados em 2006, beneficiando 1.555 estudantes, em 71 municípios de 12 estados brasileiros.

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)

P

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 (CEPs).

Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde; Pesquisa em saúde; Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde.

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

## Projeto Piloto de Telessaúde em Apoio à Atenção Primária

O Projeto Piloto de Telessaúde tem como um de seus propósitos formar uma infra-estrutura de informática e telecomunicação para o desenvolvimento a distância dos profissionais das equipes de Saúde da Família, com a utilização de biblioteca virtual, videoconferências, habilidades presenciais e virtuais, canais públicos de televisão, vídeo *streaming* e *chats*; com processo de educação e assistência à saúde que utiliza as modernas tecnologias de informática, eletrônica e telecomunicação, visando integrar as equipes de Saúde da Família das diversas regiões do País com os centros universitários de referência.

Os principais objetivos do projeto são: melhorar a qualidade do atendimento na atenção básica no SUS, por meio da qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família; aumentar a facilidade de acesso a serviços especializados; agilizar a solução para problemas regionais; promover a inclusão digital das equipes de Saúde da Família; formar uma rede integrada para acompanhar os problemas de saúde das diferentes regiões, através da atenção primária; redução de custos, com a diminuição de deslocamentos desnecessários e pelo aumento das atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde; reduzir a sensação de isolamento dos profissionais de Saúde da Família; e ajudar na fixação dos médicos e demais profissionais de saúde em áreas remotas, de difícil acesso.



A 1ª fase desta ação, o Projeto Piloto Nacional de Telessaúde, teve início com a criação de nove Núcleos de Telessaúde, em Universidades Federais nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, regiões onde existem centros com experiências em telemedicina. Cada núcleo estará conectado e dará suporte a 100 pontos/municípios (900 pontos ao todo), distribuídos por todo o território destes estados, contemplando 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família e beneficiando aproximadamente 10 milhões de usuários do SUS.

As ações do projeto piloto concentram-se na capacitação das equipes de Saúde

da Família, por meio da criação de uma central educacional usando Teleducação interativa, com materiais elaborados pelos importantes centros universitários do País, e uma biblioteca virtual que permitirá aos profissionais o acesso às mais atualizadas informações científicas. As equipes terão apoio especializado, por meio da segunda opinião educativa, com orientações profissionais para solução dos problemas identificados, sem a necessidade de deslocamento físico. O projeto já conta com espaço colaborativo para o compartilhamento de experiências, permitindo que as dificuldades e soluções de uma região possam ser aproveitadas por profissionais de outras regiões do País.

A 2ª fase, a ser iniciada após a avaliação do projeto piloto, prevê a implementação de pelo menos um núcleo em cada estado do Brasil, para que se possa alcançar uma cobertura nacional e de forma sustentada. Esta cobertura acontecerá por meio do convênio instituído entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência e Tecnologia, que será executado pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) e possibilitará a implantação imediata de pelo menos dois pontos, com potencial de se tornarem Núcleos de Telessaúde, em todas as 27 unidades federativas do País.

Além do Ministério da Ciência e Tecnologia, participam do Projeto o Ministério da Educação, o Ministério da Defesa, o Ministério das Comunicações, FioCruz/ Ministério da Saúde e a Bireme/Organização Pan-Americana de Saúde.



Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007 e a Portaria no 561/GM, de 16 de março de 2006; site <www.saude.gov.br/sgtes> e espaço colaborativo: <http://www.telessaudebrasil.org.br>.

## Promoção da Alimentação Saudável (PAS)

Diretriz central da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde, a Promoção da Alimentação Saudável (PAS) tem como enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais e o estímulo a padrões alimentares mais

variados, nas diferentes fases do curso da vida. As ações de promoção da alimentação saudável incluem medidas de incentivo, que difundem informação e possibilitam práticas educativas; de apoio, que procuram viabilizar as escolhas alimentares saudáveis à população; e de proteção, que incluem ações de caráter regulatório, que impedem a exposição de coletividades e indivíduos a fatores e situações estimuladores de práticas não saudáveis. Leia mais: na Portaria MS/MEC nº 1.010, de 08 de maio de 2006.

Alimentação Saudável

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## 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 por meio 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).[7]

P

Definida como produção social de determinação múltipla, a saúde exige uma estratégia que implique 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 um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações pró-

[7] CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da Saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

prias da clínica, da política, da atenção e da gestão, ratificando esses planos de atuação como indissociáveis. 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 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 por meio da construção e da gestão compartilhada. Promover saúde é, portanto, ampliar o entendimento do processo saúde/adoecimento, de modo que se ultrapasse a tensão que coloca indivíduo e coletivo em antagonismo, pela conjugação clínica e política, atenção e gestão.

Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; Atenção à saúde; Gestão participativa; HumanizaSUS.

## 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; Mercado de medicamentos; Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir); Termo de Ajustes de Metas (TAM); Vigilância sanitária.

## Propriedade Industrial

A propriedade industrial é a parte da propriedade intelectual que se preocupa

com as patentes de invenção, os modelos de utilidade, os desenhos ou modelos industriais, as marcas e as indicações de origem, bem como a repressão da concorrência desleal. No que tange à saúde pública, o foco do interesse é sobre as patentes, principalmente as patentes relacionadas a medicamentos e outros insumos estratégicos.

Patente

## Pró-Saúde

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

## 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.

# Q

## 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.

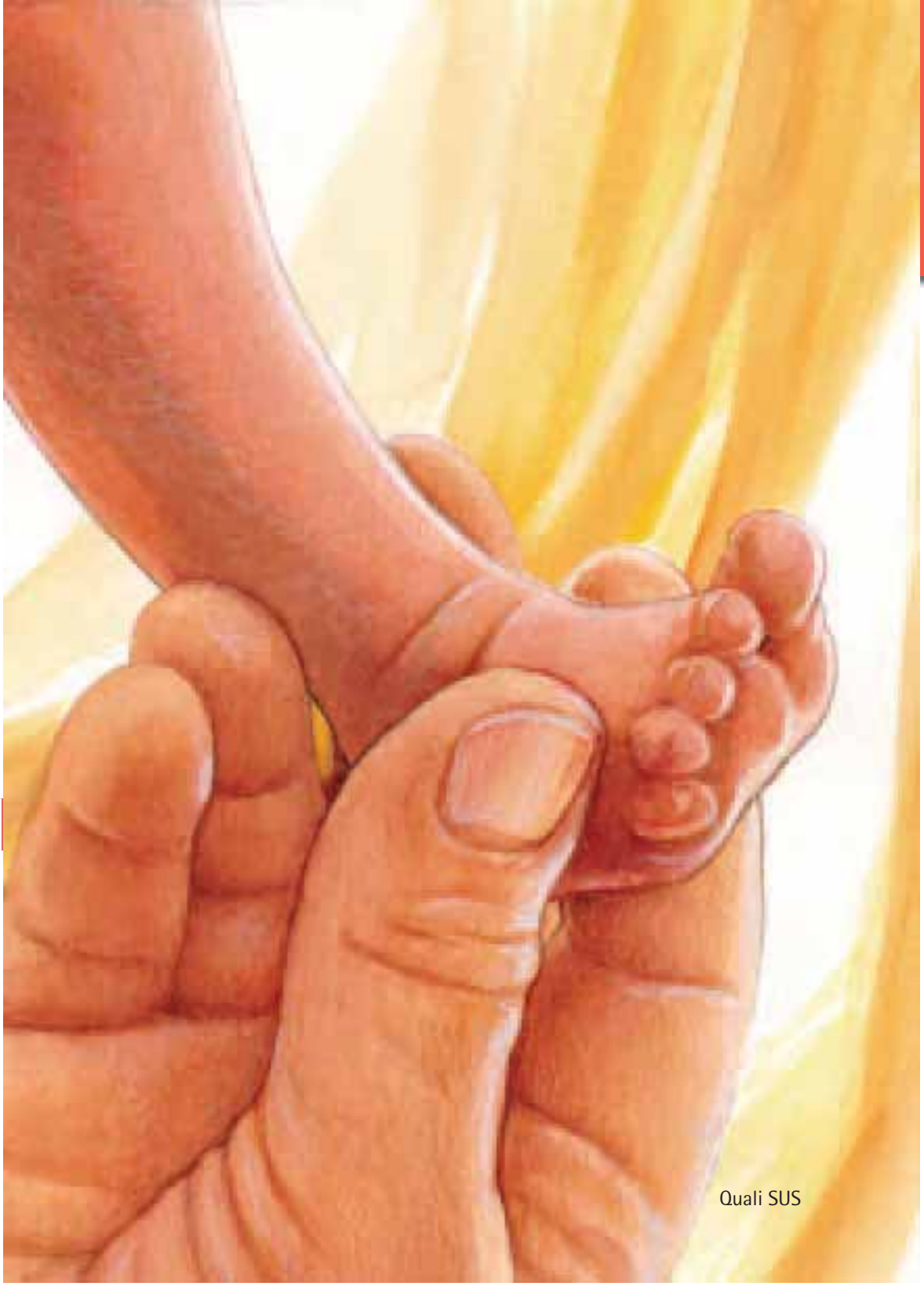


A partir de diagnóstico elaborado pelo MS, é realizada uma pactuação tripartite, em que são definidas, no âmbito do Quali SUS, as ações para a qualificação da rede assistencial e/ou do sistema de saúde.

Humaniza SUS.

Telefone: (61) 3315-3544.

## Qualificação profissional das equipes


Quali SUS

Gestão do trabalho e da educação na saúde; Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCCS SUS).

## Quilombolas

Comunidades quilombolas.

Q

# R

## 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, dentre 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 de campanhas anuais de vacinação. É fundamental que os gestores municipais de saúde promovam campanhas locais de vacinação da população e de animais domésticos.

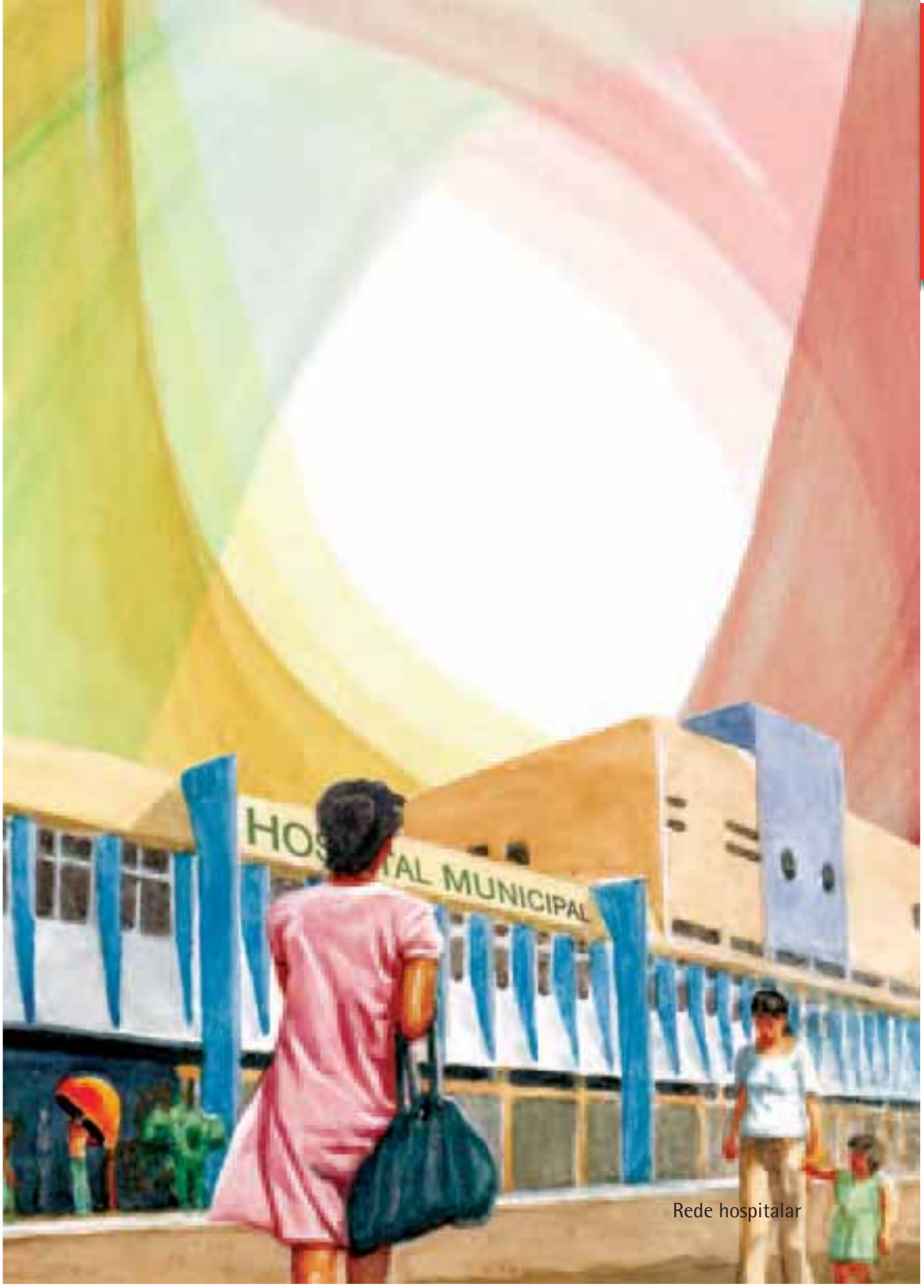
Nos casos de acidentes provocados por animais suspeitos ou raivosos, quando necessário, é indicado o tratamento profilático anti-rábico humano com a vacina de cultivo celular. Esta vacina encontra-se disponível em todos os municípios da rede dos serviços de saúde/SUS.



Vacinação, Vigilância sanitária.

## Recursos financeiros/como gastar melhor?

O principio 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 é atender às 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




Rede hospitalar

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

R

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 assembléias legislativas, às câmaras municipais e aos 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 intergovernamentais, 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

No que diz respeito a este item, é importante considerar que os trabalhadores e profissionais de saúde não são mais um recurso do SUS, mas autores e protagonistas de sua implantação. 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 de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS

Instrumento do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, sob a responsabilidade do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), criado pela Portaria nº 928, de 2 de maio de 2006, cujo objetivo é permitir o intercâmbio de informações e experiências entre os comitês de desprecarização, as instituições interessadas no tema e o próprio Comitê Nacional.



## Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (Rege SUS)

Rede Colaborativa de Instituições Acadêmicas com reconhecido acúmulo na for-

mação de pessoal para a gestão do SUS e/ou centros formadores com papel relevante regional e que demandem apoio para fortalecer os processos formativos no campo da gestão em saúde, efetivando a aproximação da gestão do SUS com os centros de formação, ensino e pesquisa, com vistas tanto à qualificação do Sistema, como ao fomento e disseminação do conhecimento em saúde.

A rede visa estabelecer parcerias e apoiar os processos formativos das diversas Escolas de Saúde Pública, Instituições Públicas de Educação Superior com seus Institutos, Departamentos e Núcleos de Saúde Coletiva e de Gestão em Saúde, em praticamente todas as Unidades Federadas do País, tendo como foco a gestão estratégica do SUS, nos aspectos de formação de pessoal, cooperação técnica e pesquisa operativa no campo da gestão.

+ Portaria nº 176/GM, de 27 de janeiro de 2006 e Portaria nº 01/2006 SGTES/MS.

## Rede de Pesquisa em Métodos Moleculares para o Diagnóstico de Doenças Crônicas, Degenerativas, Infecciosas e Parasitárias

Essa ação financiada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos e integrada ao Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde é uma parceria entre o Ministério da Saúde, CNPq, FAPERJ e SES-RJ e objetiva estudar polimorfismos genéticos de importância em doenças crônicas (DCV) com intuito de identificação de grupos de humanos com suscetibilidade diferencial para esse conjunto de doenças e padrões heterogêneos de prognóstico e resposta a tratamento. Outro objetivo esperado é encontrar situações clínicas em que o conhecimento precoce das características genotípicas do paciente possam definir conduta prática de tratamento e prognóstico. Tais resultados fornecerão subsídios ao estabelecimento de programas de saúde pública em doenças cardiovasculares.

A rede é composta por pesquisadores de 14 unidades hospitalares e centros de pesquisa do estado do Rio de Janeiro, tendo como propósito a realização do diagnóstico molecular com base na detecção de DNA e proteínas (antígenos

e anticorpos) específicos para agentes infecciosos causadores de doenças de aquisição comunitária e hospitalar e o diagnóstico molecular das doenças cardiovasculares.

## Rede hospitalar

Atenção hospitalar.

## Rede Maes

Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família (Rede Maes).

## Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família (Rede Maes)

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) apoiou a criação da Rede Multicêntrica de Apoio à Especialização em Saúde da Família em Grandes Municípios (Rede Maes), de forma a possibilitar processos de cooperação entre diferentes Instituições de Educação Superior e Secretarias Municipais de Saúde, envolvidas na capacitação e na especialização de trabalhadores para a estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos.

A Rede visa apoiar as demandas de capacitação por meio de intercâmbio de experiências, difusão do conhecimento desenvolvido em experiências já realizadas com êxito, cooperação direta consorciada entre processos de capacitação, credenciamento compartilhado entre experiências pela cessão de capacidade docente e estímulo à criação de consensos e protocolos nacionais na área da atenção básica. A Rede Maes pretende catalogar as iniciativas de especialização

em Saúde da Família no País e favorecer arranjos entre instituições acadêmicas (consórcios) e entre elas e gestores. O seu principal objetivo é aumentar a capacidade de resposta das instituições acadêmicas à enorme demanda de capacitação existente hoje para cursos de especialização, devido à expansão da Estratégia Saúde da Família nas grandes cidades e à alta rotatividade existente entre profissionais da atenção básica.

## Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (Remato)

Apoiar projetos voltados à capacitação de instituições científicas e tecnológicas e de recursos humanos, além de fortalecer a infra-estrutura laboratorial para a avaliação de implantes ortopédicos é o grande propósito da Rede Multicêntrica de Avaliação de Implantes Ortopédicos (Remato), uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com Ministério da Ciência e Tecnologia.

Essa Rede objetiva desenvolver novos procedimentos, dispositivos e/ou metodologias de ensaios de avaliação de implantes ortopédicos; capacitar recursos humanos para avaliação de implantes ortopédicos; ampliar o conhecimento sobre a qualidade de implantes ortopédicos utilizados no País e contribuir para o desenvolvimento de normas técnicas de interesse para a classe de produtos implantes ortopédicos, compreendendo normas de classificação, de especificação, de métodos de ensaio, de procedimentos, de padronização, de simbologia e de terminologia; apoiar, financeiramente, projetos visando capacitar instituições científicas e tecnológicas sediadas no território nacional.



## 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, integra-

da 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.

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.

## Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino

Um novo modelo de pesquisa clínica, voltado às reais necessidades do SUS, está sendo redesenhado com a constituição da Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino, a partir do apoio financeiro necessário à criação ou à consolidação de centros vinculados a hospitais universitários, visando a disponibilizar uma infra-estrutura básica para o desenvolvimento de fármacos, procedimentos, equipamentos e dispositivos para diagnósticos. Com a preocupação em instituir uma rede com distribuição geográfica eqüitativa no País, 19 unidades estão sendo financiadas a partir de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e de Ciência e Tecnologia.

O futuro da pesquisa clínica depende de uma infra-estrutura adequada e de uma contínua fonte de investigadores bem treinados. O estabelecimento de uma rede de Centros de Pesquisa Clínica contribui para suprir essas necessidades e colocar o País em uma situação de maior autonomia quanto ao desenvolvimento de seus estudos clínicos estratégicos.



## 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 informações 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/controle, Inspeção em vigilância sanitária, Termo de Ajustes de Metas (TAM), Vigilância sanitária.

## 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 município. As principais redes de atenção que compõem a alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica por meio 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 traumato-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 imperfecta; 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.

## 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.

## Rege SUS

Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (Rege SUS).

## Regiões de saúde

São recortes territoriais de um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais tendo como base identidades culturais, econômicas e sociais, assim como as redes instaladas de comunicação e infraestrutura de transporte. Nessas regiões, os gestores de saúde organizam uma rede regionalizada de ações e serviços capaz de prestar atendimento a toda população local. As regiões de saúde podem ter diferentes desenhos, em função da diversidade do território nacional, e deverão estar expressas nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) dos estados. As regiões de saúde podem ser dos seguintes tipos: 1) Regiões Intramunicipais – organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional, como ocorre com algumas capitais. 2) Regiões Intra-estaduais – compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado. 3) Regiões Interestaduais – compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a diferentes estados. 4) Regiões Fronteiriças – compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um ou mais estados e a países vizinhos.

Colegiados de Gestão Regional, Descentralização, Responsabilização sanitária, Regionalização.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação. Vol 3 – Série Pactos pela Saúde – Regionalização Solidária e Cooperativa.

## Regionalização

Um dos princípios que orientam a organização do SUS definidos pela Constituição Federal Brasileira e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Constitui eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, definido pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 26 de janeiro de 2006, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 9 de fevereiro de 2006, o que evidencia a importância da articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. Neste processo são identificadas e constituídas as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de co-gestão regional. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). A política de regionalização prevê a formação dos colegiados de gestão regionais que têm a responsabilidade de instituir processo de planejamento regional que defina prioridades e pactue soluções para organizar a rede de ações e serviços de atenção à saúde das populações locais.

Para que a regionalização seja bem conduzida e sucedida, é importante considerar as etapas e passos descritos a seguir: 1) Como definir o desenho da região de saúde? Ela deve corresponder a um território geográfico que contemple critérios, como: a) existência de contigüidade entre os municípios; b) respeito às identidades expressas em aspectos sociais, econômicos e culturais; c) existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação ade-

quadas, permitindo o trânsito de usuários entre os municípios; d) existência de fluxos assistenciais que integrem a organização da região e que podem ser alterados, se necessário, respeitando-se a organização da rede de atenção à saúde; e) responsabilização da rede de ações e serviços de saúde envolvendo todos os municípios na atenção à saúde e nas ações básicas de vigilância em saúde, de forma a propiciar resolutividade ao território regional e a garantir suficiência em atenção básica e parte da média complexidade (que já deve estar estabelecida ou deve haver uma estratégia para que seja alcançada explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos); f) existência de parâmetros de incorporação tecnológica, compatibilizando economia de escala com acesso equânime; g) garantia de integralidade à atenção à saúde; para esse fim, as regiões poderão inclusive pactuar arranjos interregionais, se necessários, agregando mais de uma região em uma macrorregião, sendo que o ponto de "corte" de média e alta complexidades, na região ou na macrorregião de saúde, deve ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). 2) Como fazer o reconhecimento das regiões de saúde? Deve ser feito pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), de acordo com os seguintes critérios: a) regiões intramunicipais: são reconhecidas como tal, mas não precisam ser homologadas; b) regiões intra-estaduais e compostas por mais de um município: são reconhecidas nas CIB e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do Ministério da Saúde (MS); c) regiões interestaduais: são reconhecidas pelas respectivas CIB e homologadas na CIT; d) regiões fronteiriças: são reconhecidas nas respectivas CIB e homologadas na CIT.

Colegiados de Gestão Regional, Regiões de Saúde, Responsabilização sanitária.



Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Regionalização/ processo de construção

Para facilitar um processo de construção da regionalização da saúde, alguns passos importantes devem ser considerados: 1) Como definir o desenho da

região de saúde? Existe um consenso de que as regiões de saúde devem corresponder ao desenho de um território considerando um processo de planejamento regional que contemple os seguintes critérios: a) existência de contigüidade entre os municípios; b) respeito às identidades expressas no cotidiano social, econômico e cultural; c) existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação adequadas, permitindo o trânsito de usuários entre os municípios; d) que os fluxos assistenciais existentes sejam considerados no desenho da região e alterados, se necessário, respeitando-se a organização da rede de atenção à saúde; e) que seja considerada a rede de ações e serviços de saúde, com todos os municípios se responsabilizando pela atenção e ações básicas de vigilância em saúde, em um desenho capaz de propiciar resolutividade ao território regional (um critério a ser considerado é a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade); essa suficiência já deve estar estabelecida ou deverá haver uma estratégia para alcançá-la explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos; além disso, esse desenho deve considerar parâmetros de incorporação tecnológica compatibilizando economia de escala com acesso eqüânime; f) o desenho regional deve garantir integralidade à atenção; para isso as regiões devem pactuar arranjos inter-regionais, se necessários, com a agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta complexidades, na região ou na macrorregião, deve ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a partir da realidade de cada estado. 2) Como constituir e organizar o funcionamento do colegiado de gestão regional? a) Compor o colegiado com a presença de gestores de saúde de todos os municípios e de representação estadual. Nos casos em que as CIB regionais são constituídas por representações e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos Colegiados de Gestão Regional. b) Constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, por meio de câmara técnica e, eventualmente, de grupos de trabalho, formados por técnicos dos municípios e do estado. c) Estabelecer uma agenda regular de reuniões. d) O colegiado deve organizar seu funcionamento de forma a exercer com qualidade suas funções, dentre as quais destacamos: instituir um processo dinâmico de planejamento regional; atualizar e acompanhar a programação pactuada; desenhar o processo regulatório com definição de fluxos e protocolos; priorizar linhas

de investimento; estimular estratégias de qualificação do controle social; apoiar o processo de planejamento local. 3) Como fazer o reconhecimento das regiões de saúde ? O reconhecimento das regiões de saúde deverá ser feito pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), de acordo com os critérios a seguir: a) regiões intramunicipais: são reconhecidas como tal, mas não precisam ser homologadas; b) regiões intra-estaduais e compostas por mais de um município: são reconhecidas nas CIB e informadas à CIT para conhecimento e acompanhamento do Ministério da Saúde (MS); c) regiões interestaduais: são reconhecidas pelas respectivas CIB e homologadas na CIT; d) regiões fronteiriças: são reconhecidas nas respectivas CIB e homologadas na CIT.

Descentralização, Regionalização, Responsabilização sanitária.

Regionalização 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.

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 (DRAC), no Anexo B 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) subsidio 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 resolutiva, que faça solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que o estabelecimento não esteja localizado em seus territórios (definições do PDR e da PPI). Nessas situações, os municípios desempenharão papeis 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 (DRAC), no Anexo B desta publicação – Contatos do SUS.

R

## Regulação estatal sobre o setor saúde

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 suplementar.

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 (DRAC), no Anexo B 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, dentre outros itens, regulamentam: atribuições específicas dos governos federal, estaduais e municipais no planejamento e na 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 (DRAC), no Anexo B desta publicação – Contatos SUS.

## Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)

É a relação definida pelo Ministério da Saúde que contempla um elenco necessário de medicamentos ao tratamento e controle das principais enfermidades em saúde pública e nos diversos níveis de atenção no País; sua utilização é fundamental para orientar a prescrição e a distribuição de medicamentos no SUS. 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 Anvisa estabelecer as listas prioritárias na análise dos processos para concessão de registros de medicamentos genéricos para o desenvolvimento científico e tecnológico no País. A Rename deve ser organizada considerando-se as doenças prevalentes e os 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) através da Comare (Comissão Técnica e Multidisciplinar de atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).

Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

## Relatório de gestão

É instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Esse instrumento deve conter: o resultado da apuração dos indicadores; a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e as recomendações (por exemplo, revisão dos indicadores, reprogramação).

Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde.

Série Cadernos de Planejamento, Sistema de Planejamento do SUS – Instrumentos básicos, volume 2 em <http//: www.saude.gov.br/planejasus>; Portaria Nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Remédio

É qualquer substância ou recurso como, por exemplo, massoterapia, radioterapia etc., usado para combater uma moléstia ou manter estado adequado de saúde. O termo "remédio", apesar de ser muito usado popularmente, como sinônimo de medicamento não corresponde ao mesmo conceito. O termo medicamento deve ser utilizado quando se quer falar especificamente de uma formulação farmacêutica (contendo um ou vários princípios ativos, denominados

R

fármacos) usada para tratar (ou prevenir) uma doença, uma vez que o conceito de medicamento considera um produto tecnicamente elaborado, o que não ocorre com o termo remédio.

## Remuneração por serviços produzidos

É a remuneração direta aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS (hospitais, ambulatórios, clínicas e profissionais), conforme programação e aprovação do gestor e segundo os valores fixados em tabelas de procedimentos, editados pela Secretária de Atenção à 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 (DRAC), no Anexo B desta publicação – Contatos SUS.

## Reorientação da Assistência Farmacêutica

Estratégia para a organização da Assistência Farmacêutica dentro dos preceitos

do Ciclo da Assistência Farmacêutica e que prevê a superação de fragmentação em serviços já implantados visando à articulação e à integração entre as diversas áreas que compõem o sistema, estabelecendo-se fluxos na construção de um conjunto articulado que influencia e é influenciado por cada um de seus componentes.

MARIN, et al. Assistência Farmacêutica: para gerentes municipais OPAS/OMS, Rio de Janeiro, 2003, 373 p.

## Repasses "fundo a fundo"

Financiamento do SUS.

## Residência médica

Modalidade de educação profissional pós-graduada *lato sensu*, desenvolvida em ambiente de serviço, destinada a médicos cujas atividades são supervisionadas por profissionais de elevada qualificação ética e profissional. Com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no âmbito do Ministério da Educação, todas as instituições da rede pública e particular necessitaram adaptar-se aos programas de treinamento oferecidos e às normas dessa comissão. A partir de 1981, a expressão "residência médica" só pode ser utilizada por instituições cujos programas tenham sido reconhecidos pela CNRM, nos termos da Lei nº 6.932.

Lei nº 6932 e Portaria nº 1.143/GM, de 7 de julho de 2005, no CD-ROM encartado nesta publicação.



## Residência multiprofissional em saúde

Modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões

que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde apresenta uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilitando mudanças no modelo tecno-assistencial a partir da atuação em equipe, adequada às necessidades loco-regionais, constituinte de um processo de educação permanente em saúde que possibilita a afirmação do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive.

Dessa forma, essa modalidade de formação pós-graduada pretende aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem no sistema.

Este modo de operar a formação 'intercategorias' visa uma formação coletiva inserida no mesmo 'campo' de trabalho, sem deixar de priorizar e respeitar os 'núcleos' específicos de saberes de cada profissão.

O processo de regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde teve início com a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde. Concomitante à promulgação da Lei, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) do Ministério da Saúde (MS) intensificou o processo de socialização e ampla discussão sobre o tema, o que resultou na publicação das seguintes Portarias: Portaria Interministerial nº45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação; Portaria Interministerial nº 698/MEC/MS, de 19 de julho de 2007, que nomeia a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde; Residência Médica; Preceptor; Orientador de serviço e Tutor.

Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005; Portaria nº 1.111/GM e Portaria Interministerial nº 2.117 MEC-MS, de 3 de novembro de 2005; Portaria Interministerial nº45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007 e Portaria Interministerial nº 698/MEC/MS, de 19 de julho de 2007, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 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 nessa 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. Em termos sanitários, provoca doenças como diarréias 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

Os gestores do SUS nas esferas municipal, estadual e federal são responsáveis solidários pela integralidade da atenção à saúde da população do seu território. Há dois níveis de responsabilização, no âmbito da Saúde: a macrossanitária e a microssanitária. A responsabilidade macrossanitária, o gestor, para assegurar o direito à saúde da população de seu território, deve assumir a responsabilidade pelos resultados de sua gestão, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, responsabilizando-se pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, que recuperem os doentes e que previnam doenças e agravos. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo: 1) a execução dos serviços públicos de responsabilidade de cada esfera de gestão; 2) a destinação de recursos do orçamento próprio e a utilização do conjunto dos recursos da saúde, com base em prioridades definidas no respectivo Plano de Saúde; 3) o planejamento, a organização, a coordenação, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, sob sua gestão; 4) a participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional, estadual e nacional, de modo a assegurar à população o acesso a serviços de maior complexidade não disponíveis em seu território; 5) o apoio à qualificação do processo de controle social e de participação popular. A responsabilidade microssanitária, por sua vez, pressupõe que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade e estabeleça uma relação de compromisso com a população que lhe é adscrita, compromisso que deve ser também das equipes de referência, que precisam estabelecer sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral, mobilizando os recursos e os apoios necessários à recuperação de

cada pessoa, inclusive nos casos de transferência, situações em que o tempo de espera para acesso a outro nível da assistência não pode representar interrupção no tratamento.

Atenção básica à saúde, Atenção à saúde, Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde, Regionalização.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Ressarcimento ao SUS

Ação que objetiva recuperar custos decorrentes de atendimentos pagos com recursos do SUS no atendimento de pacientes que possuam direito de cobertura por planos e seguros de saúde para os procedimentos decorrentes do atendimento.

Foi estabelecido no Artigo 32 da Lei 9.656/1998, alterada pela MP 2.177-44, sendo sua realização de competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A identificação dos beneficiários de planos de saúde atendidos pelo SUS é realizada por meio da comparação dos dados de identificação dos atendimentos com as informações do Cadastro de Beneficiários de Planos de Saúde da ANS. Os casos identificados são comunicados às respectivas operadoras que optam entre pagar pelo atendimento ou solicitar a suspensão da cobrança com alegações como falta de direito de cobertura do beneficiário, ou falha na identificação do beneficiário. A ANS analisa a argumentação das operadoras e decide sobre a pertinência da cobrança.

Os valores financeiros são cobrados com base na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), formulada pela ANS e cujos valores não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras. Os valores recebidos são partilhados entre o Fundo Nacional de Saúde e os prestadores de serviços.

O Ressarcimento ao SUS evita que haja enriquecimento injustificado das operadoras às custas da prestação de serviço de saúde pelo SUS, porque as obriga a pagar por atendimentos para os quais já recolheram as mensalidades de seus beneficiários. Ele não impede nem dificulta o exercício pelos beneficiários de planos de saúde do direito constitucional ao atendimento por meio do SUS.

As informações geradas pelo Ressarcimento ao SUS são de grande interesse para a compreensão das relações entre o sistema público e privado de saúde no Brasil e podem subsidiar os gestores locais no planejamento e regulação da atenção à saúde em seu âmbito.

+ Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001; Resolução nº 62, de 20 de março de 2001; Instrução Normativa nº 13, de 6 de novembro de 2003; Resolução nº 131, de 6 de junho de 2006.

## Revisão Sistemática

Revisão de um tema a partir de uma pergunta claramente formulada, que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão.

## Risco

R

Probabilidade de ocorrência de efeitos adversos à saúde humana, animal e ao meio ambiente.

Biossegurança, Análise de risco.

+ Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico. Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 60p.: il – (Série A: Normas e Manuais Técnicos), Editora MS, Brasília:

2004 (ISBN 85-334-0793-9) ou pelo endereço www.saude.gov.br/editora.

## 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 consumidor. 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.

## Rubéola

A importância epidemiológica da rubéola está representada pela ocorrência da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) que atinge o feto ou o recém-nascido cujas mães se infectaram durante a gestação. A infecção na gravidez acarreta inúmeras complicações para a mãe (aborto e natimorto) e para os recém-nascidos, como malformações congênitas (surdez, malformações cardíacas, lesões oculares e outras). A vigilância epidemiológica da rubéola e da SRC foi intensificada a partir de 1999 com a implantação do Plano de Eliminação do Sarampo. Durante esse período a redução dos casos confirmados de rubéola ficou em torno de 80%. Hoje consta no calendário vacinal a vacina para crianças aos doze meses de vida e uma segunda dose entre 4 – 6 anos. Para os homens e mulheres a vacina também está disponível para a faixa etária de 12 a 49 anos para as mulheres e de 12 a 39 anos para os homens. Todos os casos suspei-

tos com "rush, adenomegalia e febre" devem ser notificados imediatamente à secretaria municipal de saúde. Os casos suspeitos com história de viagem ao exterior ou dentro do País ou contato com pessoas que viajaram nos últimos 30 dias, também devem ser notificadas imediatamente pelo telefone, *e-mail* ou fax à Secretaria Estadual de Saúde e ao CIEVS. A partir de 2007 o Brasil opta por eliminar a Rubéola e a Síndrome da Rubéola Congênita juntamente com todos os países das Américas.

# S

## 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 do uso do solo em condições que maximizem a promoção e melhoria das condições de vida nos meios urbano e rural. No Brasil a área da saúde 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 de 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,

Saúde da população indígena

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 esse 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, dentre outras. São consideradas melhorias sanitárias coletivas de pequeno porte: banheiro público, poço chafariz, pequenos ramais condominiais, tanques sépticos coletivos, dentre 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-alvo 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 da Doença 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

S

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 Ambiental

O campo da saúde ambiental compreende a área da Saúde Pública afeta ao conhecimento científico, à formulação de políticas públicas e às correspondentes intervenções (ações) relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade. (GT Saúde e Ambiente da ABRASCO).

> Campo de práticas intersetoriais e transdisciplinares voltadas aos reflexos, na saúde humana das relações eco-geo-sociais do homem com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e à sustentabilidade, que orienta políticas públicas formuladas utilizando o conhecimento disponível e com participação e controle social.[8]

## Saúde bucal

Brasil Sorridente/política; Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; Fluoretação das Águas de Abastecimento Público; Centro de Especialidades Odontológicas; Laboratório Regional de Prótese Dentária.

## Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família

A Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representa um importante espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços públicos de saúde. Com isso, são potencializadas as possibilidades de

[8] Conceito construído coletivamente no I Seminário da Política Nacional de Saúde Ambiental – CGVAM/COPESA/CISAMA.

aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal. As Equipes de Saúde da Família com profissionais de saúde bucal recebem incentivos financeiros para o desenvolvimento de tais ações, cujos valores variam conforme sua composição.

Atenção Básica à Saúde; Saúde da Família; Brasil Sorridente/política.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Série Cadernos de Atenção Básica, nº 17 – Saúde Bucal; Política Nacional da Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006).

## 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 (BRASIL, 1988, art. 196).[9]

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, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde



[9] BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

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 da 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 em 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

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

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família: existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS; número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família; existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e existência e manutenção regular de estoque dos in-

sumos necessários para o funcionamento da UBS.A Equipe de Saúde da Família quando ampliada, conta ainda com: um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico em higiene dental (THD).

Atenção básica à Saúde; Indicadores do Pacto de Atenção Básica; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.

Política Nacional da Atenção Básica; <www.saude.gov.br/dab>.

## 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 (Funasa), 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 (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR) e Violência contra a Mulher (Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e Secretaria Nacional de Segurança Pública).

O gestor municipal já dispõe de uma série de ações pactuadas e garan-

tidas com repasse de verbas, contempladas na Noas e em outros programas. 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 por meio 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 desse 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 aos instrumentos diagnósticos adequados, medicação e reabilitação funcional. É importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos da 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: Cadernos de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php>; 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 eqüidade 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 negra, indígena, idosa, etc. As secretarias municipais de saúde devem garantir universalidade e eqüidade 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 desagregação 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 população 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, 4 de março de 2004 relativa ao 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>.



## Saúde de jovens e adolescentes

Para o atendimento à saúde da população jovem, um conjunto de ações é re-

alizado 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.

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

## Saúde do trabalhador

É uma 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.

Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde; Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Portaria nº 3.120, de 1° 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; 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 esse 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 por meio 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 dos 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; Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 B desta publicação – Contatos do SUS.

## Segurança alimentar e nutricional (SAN)

Conjunto de princípios, políticas, medidas e instrumentos que assegure a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis. Nota: acrescenta-se, que, além de acesso e consumo, o organismo deve dispor de condições fisiológicas adequadas para o aproveitamento dos alimentos por meio de boa digestão, absorção e metabolismo de nutrientes.

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

http://www.fomezero.gov.br

## Segurança em saúde

Julgamento da aceitabilidade dos riscos associados ao uso de uma tecnologia em saúde, em uma situação específica.

Avaliação de tecnologias em saúde.

## 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 por meio do conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade. Dentre 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), no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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 sócioinstitucionais 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 ocupacio-

nal), 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.

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

## SiNNP SUS

Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP SUS).

## Sistema de pesquisa em saúde

Sistema de planejamento, coordenação, monitoramento e gerência das atividades e recursos da pesquisa em saúde, com a finalidade de promover pesquisas necessárias ao desenvolvimento efetivo e eqüitativo da saúde nacional. Conceito que integra e coordena os objetivos, estruturas, atores, processos, culturas e produtos da pesquisa em saúde, visando ao desenvolvimento da eqüidade na saúde e no sistema nacional de saúde.

Pesquisa em saúde.

## Sistema de Planejamento do SUS

Forma de atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS.

Série Cadernos de Planejamento, Sistema de Planejamento do SUS – Organização e funcionamento, Volume 1 em <http//:www.saude.gov.br/planejasus>; Portaria Nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)

Sistema de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população por meio da coleta, do processamento e da análise de dados antropométricos. Notas: 1) É instrumento de apoio para o diagnóstico da situação nutricional (prevalência de desnutrição e obesidade), sendo fundamental para subsidiar e estruturar efetivamente as ações de promoção de saúde. 2) Atualmente, é uma das ações que o município tem de oferecer às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, pois o cumprimento da agenda do setor Saúde é monitorado por meio desse sistema.

Alimentação Saudável; Distúrbios nutricionais; Vigilância alimentar e nutricional.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Portaria MS/GM n.° 2246, de 18/10/2004.

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 es-

trutura 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, dos projetos, das atividades ou dos 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), norteando a atividade a ser desencadeada. Após esse 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, por meio 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 n° 8.080, de 19 de setembro de 1990; Decreto n° 1.651, de 28 de setembro de 1995, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab)

É o conjunto das redes nacionais de laboratórios, unidades das secretarias estaduais de saúde, denominadas Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), 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. A rede nacional de laboratórios é composta por Laboratórios de Referência Nacional (LRN), Laboratórios de Referência Estadual (LRE) e Laboratórios Locais (LL).

No sentido de criar condições favoráveis ao pleno exercício do papel dos Laboratórios de Saúde Pública no Sistema de Vigilância Epidemiológica, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2606/2005, que classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública e institui seu fator de incentivo, como uma nova forma de financiamento federal para essas unidades. Nesta Portaria os laboratórios são classificados por portes e níveis. Os recursos serão repassados mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde, diretamente para o Fundo Estadual de Saúde, em conta do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) pelo programa de incentivo para fortalecimento dos Lacen. A Portaria estabelece ainda, o valor mensal do FINLACEN a ser transferido para cada Lacen.

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 (SiNNP SUS)

Sistema constituído pela articulação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, devidamente regulamentadas e atuantes, nos níveis federal, estadual, regional e municipal, respeitando a autonomia de cada ente político. O SiNNP-SUS foi instituído formalmente na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, através do Protocolo 03/2005 e tem como objetivos promover a articulação e a integração entre as Mesas de Negociação; implementar novas metodologias para o aprimoramento do processo de negociação do trabalho no SUS e acompanhar, por meio da Secretaria-Executiva da Mesa Nacional, os processos de negociação no SUS. Dessa forma, pretende-se contribuir para a consolidação de uma cultura de negociação, promovendo a democratização das relações de trabalho 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 – práticas cirúrgicas incluídas, no âmbito do SUS, dentre 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. Dentre 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, por meio 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 n° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997; Decreto n° 2.268, de 30 de junho de 1997; no CD-ROM encartado nesta publicação, e no site http://www.saude.gov.br/transplantes

S

## Sobrepeso

Excesso de peso de um indivíduo quando em comparação com tabelas ou padrões de normalidade. Nota: a obesidade é um grau bem elevado de sobrepeso.

Alimentação Saudável; Distúrbios nutricionais; Obesidade.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## Sujeitos sociais

Atores sociais.

# T

## Tabaco/cigarro

O tabagismo é um problema de saúde pública. O hábito de fumar é fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis especialmente por aumentar o risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, atua na fiscalização das propagandas de cigarro. Dentre 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/registro; Cosméticos e produtos de beleza/registro; Farmacovigilância; Inspeção em vigilância sanitária; Mercado de medicamentos; Programa Produtos Dispensados de Registro (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

Tuberculose

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.

Financiamento do SUS.

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), no Anexo B desta publicação – Contatos do SUS.

## Talassemias

As talassemias resultam de mutações genéticas e hereditárias nos genes das globinas, com a conseqüente redução ou ausência total da síntese de uma ou mais cadeias das globinas alfa e não-alfa (beta, gama ou delta). As talassemias são, portanto, alterações quantitativas da formação da hemoglobina (Hb) e fazem parte do grupo das hemoglobinopatias. Talassemia deriva da combinação das palavras gregas *thalassa* = mar, e *emas* = sangue. Com esta palavra, os médicos queriam descrever uma doença do sangue cuja origem está nos países banhados pelo mar, e mais precisamente no Mediterrâneo, como Itália e Grécia. Hoje a doença se difundiu praticamente no mundo todo. As formas mais comuns de talassemia são a Alfa e a Beta e apresenta diferentes graus e severidade de sintomas, necessitando desta orientação até tratamento e cuidados especiais.

A adoção de um programa de atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias por estados e municípios, representa grande benefício e melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas acometidas por essa doença.

Fenilcetonúria (PKU); Hipotireoidismo congênito (HC); Política Nacional de Sangue e Hemoderivados; Doença Falciforme.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em <http://dtr2001.saude.

gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>; Portaria n.º 1.391, de 16 de agosto de 2005; Portaria 1.852, de 9 de agosto de 2006; Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Técnico em Higiene Dental (THD)

O Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) são ocupações da área da Saúde, cuja formação está regulamentada nacionalmente. O exercício destas ocupações está sob supervisão do cirurgião dentista e se sustenta no Código de Ética Odontológica (CFO, 2003) e na Resolução CFO nº 185/93, alterada pela Resolução CFO nº 209/97.

O THD e o ACD compõem a equipe de saúde bucal e realizam atividades necessárias à prestação de cuidados no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Atuam nas unidades e serviços de saúde públicos ou privados, conveniados ou não ao SUS, estando em expansão sua inserção em equipes da Saúde da Família. A formação do ACD integra o itinerário de profissionalização do THD.

Em 2003, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Coordenação de Saúde Bucal (CNSB), elaborou o perfil de competências do ACD e THD a partir de uma metodologia acordada com diversas entidades representativas da área de saúde bucal.

Um dos objetivos do perfil é fornecer subsídios às instituições formadoras na construção de currículos estruturados no modelo de competências. As competências propostas caracterizam um perfil de desempenho ampliado para o THD e ACD, tal como é exigido pelas bases legais, políticas e estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.



Saúde Bucal; Formação Técnica por Itinerários.

Perfil de competências do THD e ACD em <http://portal.saude.gov.br/

portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23158>; Código de Ética Odontológica (CFO, 2006); Resolução CFO nº 185/93, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Tecnologia em saúde

Conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte, e programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. A Tecnologia em saúde pode ser classificada em dois tipos: 1) tecnologia de proteção, de promoção e de prevenção da saúde da comunidade; 2) tecnologia de assistência e de apoio à saúde individual.

Avaliação de tecnologia em saúde, Alta complexidade.

Glossário temático: economia da saúde; Saúde no Brasil: seleção de temas para Agenda de Prioridades de Pesquisa no endereço www.saude.gov.br/editora

## Tecnologias em saúde/avaliação do ciclo de vida

Compilação e avaliação de estudos de eficácia, efetividade e eficiência de uma tecnologia aplicada à saúde, ao longo do seu ciclo de uso.

Avaliação de tecnologias em saúde; Tecnologia em saúde; Tecnologias em saúde/ciclo de vida.

## Tecnologias em saúde/ciclo de vida

Corresponde às diferentes fases de evolução de uma tecnologia, que vai do seu processo de desenvolvimento, inovação, difusão, incorporação e uso até a sua

obsolescência/abandono.

Tecnologias em saúde. Avaliação de Tecnologias em Saúde; Tecnologias em saúde/avaliação do ciclo de vida.

## Telessaúde

O projeto Telessaúde consiste em assessorar profissionais da Atenção Básica, que se encontrem em municípios que possuam barreiras de acesso geográfico, com população menor ou igual a 100.000 habitantes, que tenham cobertura da Estratégia Saúde da Família igual ou maior que 50% e com IDH menor que 0,5. A finalidade, porém, não é criar cursos de formação para os profissionais, mas sim, o esclarecimento de dúvidas, troca de informações e troca de conhecimento, via internet, em tempo real de acordo com a demanda necessária.

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Telessaúde, com o objetivo de desenvolver ações de apoio à assistência à saúde e, sobretudo, de educação permanente de Saúde da Família, visando à educação para o trabalho e, na perspectiva de mudanças de práticas de trabalho, que resultem na qualidade do atendimento da Atenção Básica do SUS.

Atenção Básica à Saúde; Acessibilidade; Política de Educação Permanente em Saúde; Incorporação Tecnológica; Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Portaria Nº 35, de 4 de janeiro de 2007, que institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde; Política Nacional da Atenção Básica; <www.saude.gov.br/dab>.

## Termalismo Social e Crenoterapia

T

O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. Entende-se como o acesso a estabelecimentos termais para fins preventivos, terapêuticos e de manutenção da saúde.

A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC); Portaria n° 1600, de 18 de julho de 2006; Portaria nº 971; de 4 de maio de 2006; Portaria n° 853, de 17 de novembro de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Termo de Ajustes de Metas (TAM)

O Termo de Ajuste de Metas (TAM) é, atualmente, o instrumento que orienta a negociação e que estabelece os compromissos entre as três instâncias do poder público, no que diz respeito ao planejamento e à execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária. 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.

O Pacto pela Saúde, publicado em março de 2006, instituiu novas bases operacionais para que o SUS alcance um processo mais solidário de gestão. A vigilância sanitária, inserida neste processo, está construindo de forma tripartite, um novo modelo de pactuação das suas ações. Este novo modelo também deverá ser orientado pelo Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVisa), que define diretrizes estratégicas para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A lógica da programação das ações de vigilância sanitária deixará de ser pelos níveis de complexidade, que estavam estabelecidos na Portaria SAS nº 18/99,

passando a ser pela responsabilidade sanitária, segundo a Portaria GM 399/06.

O financiamento das ações de Visa será definido com base na descentralização das ações, de forma cooperativa e integrada, incentivando os municípios que ainda não realizam as ações de Visa a se estruturarem para tal, de forma a assumirem a responsabilidade sanitária dentro de seu território.

Os recursos financeiros federais de vigilância sanitária irão compor o Bloco de Vigilância em Saúde, com forma de repasse fundo a fundo, composto pelos componentes de vigilância epidemiológica e ambiental – Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS) e recursos específicos – e componente da vigilância sanitária – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVisa), composto atualmente pelo TAM e PAB/Visa e, ainda, por incentivos específicos, através das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária arrecadas pela Anvisa/MS).

Os recursos financeiros do TAM e do PAB/Visa, que constituem o componente da vigilância sanitária, serão acompanhados mediante os Planos de Ação e a Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP/VS), além do acompanhamento dos indicadores pactuados no Termo de Compromisso de Gestão (TCG) do Pacto pela Saúde.

Agrotóxicos/análises de resíduos; Alimentos/registro; Cosméticos e produtos de beleza/registro; 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.

Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria nº 699, de 30 de março de 2006.



## Termo de Cooperação entre Entes Públicos

Formaliza as relações entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviços de saúde situadas no território de um município estão sob a gerência

de uma esfera administrativa, mas sob a gestão de outra.

O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve definir as metas e o plano operativo firmado entre os gestores, sendo que a transferência de recursos deverá ser feita conforme pactuação.

Bloco da atenção básica, Bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Termo de Limite Financeiro Global

O Termo de Limite Financeiro Global do município, estado e Distrito Federal define os recursos federais destinados ao custeio das unidades federadas. É composto por cinco blocos: 1) da atenção básica; 2) da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; 3) de vigilância em Saúde; 4) de assistência farmacêutica; 5) de gestão do SUS. Os recursos que custeiam as ações definidas nesses blocos são transferidos, pelo Ministério da Saúde (MS), de forma regular e automática, ao respectivo fundo de saúde, excetuando-se os transferidos diretamente às unidades universitárias federais e os previstos no termo de cooperação entre entes públicos.

Bloco da assistência farmacêutica, Bloco da atenção básica, Bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Bloco de gestão do SUS, Bloco de vigilância em saúde, Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde.

Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria n° 699, de 30 de março de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## 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.

## Trabalho/depreciação dos vínculos

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

## Trabalho e Redes de Saúde

É o Processo de trabalho descentralizado por meio de uma autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, integrando ações e as relações entre os diferentes profissionais.

O processo de trabalho em saúde tem ressaltado que as instituições devem ser espaço de produção de bens e serviços para os usuários, e também espaço de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários. Para dar conta da realidade complexa do trabalho, os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a construir o curso de suas ações, a pensar o melhor modo de tra-

balhar, a maneira mais adequada de realizar o trabalho, de forma a atender os diversos contextos específicos.

Os trabalhadores costumam adotar um determinado tipo de organização do trabalho: uma forma específica de agir, de se relacionar entre si e com os usuários, e de estabelecer regras específicas na divisão do trabalho na prestação dos cuidados. No processo de trabalho, os trabalhadores "usam de si" por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. Gerir junto com os outros.

A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de fazer. Assim, evita-se fazer a tarefa de forma mecânica, em um processo de aprendizagem permanente, uma vez que se questionam as prescrições e se constroem outros modos de trabalhar para dar conta de uma situação nova e imprevisível. O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos. Não é neutro em relação ao que provoca no sujeito: nos serviços de saúde, o trabalho é potencialmente produtor de sentido, quando é inventivo e participativo; e pode ser também produtor de sofrimento e desgaste, quando é burocratizado, fragmentado e centralizado.

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde, aquecendo, ativando e constituindo redes de produção de saúde de modo complementar e solidário.

Política Nacional de Humanização (PNH); HumanizaSUS.

Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual da Saúde/BVS em <www.saude.gov.br/bvs/humanizacao>; sítio da PNH em <www.saude.gov.br/humanizasus>; Banco de Projetos da PNH – Boas Práticas de Humanização

T

na Atenção e Gestão do SUS, em <www.saude.gov.br/humanizasus> e <www.saude.gov.br/coopera>; Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Tracoma

Tracoma é uma doença inflamatória ocular – cerato-conjuntivite crônica – causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, sorotipos A, B, Ba e C. O único reservatório é o homem, especialmente as crianças.

É transmitida de forma direta, através de secreções oculares de olho para olho, ou de forma indireta, através de objetos contaminados como toalhas, lenços, fronhas, roupas de cama, entre outros. Pode ser transmitida por insetos, como a mosca doméstica e ou a *lambe-olhos*. A doença apresenta cinco formas clínicas: Tracoma Inflamatório Folicular e Tracoma Inflamatório Intenso, que são as formas transmissíveis; Tracoma Cicatricial, Triquíase Tracomatosa e Opacificação Corneana, que são as formas seqüelares que podem levar à diminuição da acuidade visual e até à cegueira. O diagnóstico é clínico-epidemiológico e é realizado através de exame ocular externo. O diagnóstico laboratorial é utilizado para a constatação da circulação do agente etiológico no ambiente. O tratamento em massa em localidades é indicado pela OMS quando a prevalência de tracoma inflamatório em população de 1 a 10 anos de idade for maior que 10%, índice considerado como problema de saúde pública.

A busca ativa de casos e comunicantes em áreas com indicadores de qualidade de vida mais baixos, tratamento precoce, monitoramento da situação epidemiológica, ações educativas, destinadas especialmente às melhorias de higiene, lavagem do rosto das crianças de forma sistemática e articulação com setores de saneamento básico e habitacional, são medidas imprescindíveis para garantir o impacto das atividades desenvolvidas pelo Programa de Controle do Tracoma.



Glossário de Doenças e outros tópicos de A a Z, no endereço <www.saude.gov.br/SVS>.

## 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 socioeconômica 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 (SESs) 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 ali-

mentação (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.

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 eqüidade 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 com 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, transmitida principalmente por via aérea e que, além dos pulmões, pode atingir qualquer outro órgão ou tecido do corpo humano. Um paciente com tuberculose pulmonar, quando não tratado, pode infectar até 15 pessoas por ano. Uma vez iniciado o tratamento, o paciente normalmente apresenta melhora notável; por esse motivo, quando não bem orientado, pode abandonar o tratamento, tendo que reiniciá-lo, inclusive com o uso de outras drogas, mais poderosas; esse mecanismo acaba por induzir a resistência do bacilo aos medicamentos disponíveis. Esse é um problema crescente no mundo, considerado emergência epidemiológica, já tendo sido detectados bacilos extremamente resistentes em vários países; estes não podem ser eliminados por nenhuma das drogas existentes e, na maioria dos casos, leva o paciente ao óbito. A tuberculose atualmente é a principal causa de morte de portadores do HIV. Os trabalhadores da área da Saúde, além dos imunodeficientes, diabéticos, desnutridos ou que vivam em condições de exclusão social, são também considerados em risco de desenvolver a doença; essas populações são representadas por pessoas vivendo em situação de rua, em abrigos, asilos, presídios ou hospitais para portadores de transtornos mentais.

Atenção básica à saúde, Epidemia/controle, Saúde da Família, Vigilância em saúde.

## Tutor

T

Profissional de saúde com função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da Saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especia-

lização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço.

Residência e Residência multiprofissional em saúde.

Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, Portaria nº 1.111/GM e Portaria Interministerial nº 2.117 MEC-MS, de 3 de novembro de 2005.

T

# U

## Unidades da atenção básica

Compõe a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS. Deve ser uma prioridade na gestão do sistema, porque, quando funciona adequadamente, a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde. 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 ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes. As unidades básicas de saúde 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 às 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

Urgência e emergência

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 Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) realizados por unidades vinculadas ao SUS 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 (CIB); Financiamento do SUS; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes).

Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas/SAS, do MS, <http://cnes.datasus.gov.br>; <www.saude.gov.br/dab>.

## Urgência e emergência

Atenção às urgências, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

## Uso Racional de Medicamentos

Essa expressão corresponde à adequada utilização dos medicamentos, no momento em que paciente o recebe para a sua necessidade clínica em questão, na dose, posologia e duração corretas por um período de tempo adequado e suficiente para a resolubilidade da situação clínica, ao menor custo para esse paciente e para a comunidade. O Ministro da Saúde criou, por meio da Portaria GM nº 1.956, de 23 de agosto de 2006, o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, vinculado ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O Comitê tem o papel de coordenar todas as proposições e ações voltadas para a promoção do uso racional de medicamentos no SUS. A coordenação do Comitê será conduzida pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), Anvisa e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas).

Compõem o Comitê as seguintes instituições: Conselho Nacional de Saúde, Instituto de Defesa do Consumidor, Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Farmácia, Conselho Federal de Odontologia, Federação Nacional dos Farmacêuticos e Federação Nacional dos Médicos.

## 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-aprovados 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 a população municipal é determinante no enfrentamento dessa dificuldade, o que pode ser feito 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.

# V-Z

## Vacinação

É uma ação de saúde pública de grande importância utilizada para a prevenção de doenças pelo uso de vacinas e soros (imunobiológicos). Estes são distribuídos pelo Ministério da Saúde, gratuitamente, à população em unidades básicas de saúde de todo o País em atividades de rotina ou em campanhas de vacinação e ou em bloqueios. O uso desses produtos vem permitindo o controle, e ou a eliminação e ou a erradicação de várias doenças no País. A indicação e o uso das vacinas estão normatizadas nos calendários de vacinação da criança, do adolescente e do adulto e idoso. Os soros são, em geral, indicados como medidas profiláticas após exposição ao risco de adoecer, como mordedura de animais ou acidentes por animais peçonhentos. Alguns outros produtos que ainda não são ofertados na rede básica de saúde estão disponíveis nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIEs) para pacientes em condições clínicas especiais (com exemplo, os imunodeprimidos e pacientes institucionalizados).

A Vacinação de Campanha tem o propósito de oferecer em um único dia ou em intervalos de tempo curtos as vacinas do calendário da criança e adulto e do idoso. É, portanto, uma ação individual e coletiva. Dentre outras, incluem-se as vacinas contra a gripe, a poliomielite, a difteria, o tétano, a coqueluche, a meningite, a febre amarela, o sarampo, a rubéola e a caxumba, disponibilizadas em cerca de 25.000 salas de vacinas distribuídas em todos os municípios brasileiros.



## VER-SUS

Vacinação

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

## Vigilância alimentar e nutricional

Coleta e análise de informações sobre a situação alimentar e nutricional de indivíduos e coletividades, com o propósito de fundamentar medidas destinadas a prevenir ou corrigir problemas detectados ou potenciais. Nota: é um requisito essencial para planejar e acompanhar os programas de alimentação e nutrição.

Alimentação Saudável; Distúrbios Nutricionais.

Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável; Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

## 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 VigiSUS, 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 das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde; Vigilância em saúde; VigiSUS/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; Vacinação; Vigilância sanitária; VigiSUS/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 da 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 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/controle; 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 VigiSUS II visa a fortalecer as ações de vigilância de doenças no País, assim como a capacidade de gestão dos estados e municípios, nessa área. 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. Além disso, também estão contempladas ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças, saúde ambiental e fortalecimento da capacidade de gestão. 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/svs

## 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 dos 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 municípios (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

Contabilidade pública/como realizar orçamento; Convênios federais de saúde; Débitos/parcelamento; Emenda Constitucional n° 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/transferência.

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 (PCCS-SUS).

## Violência

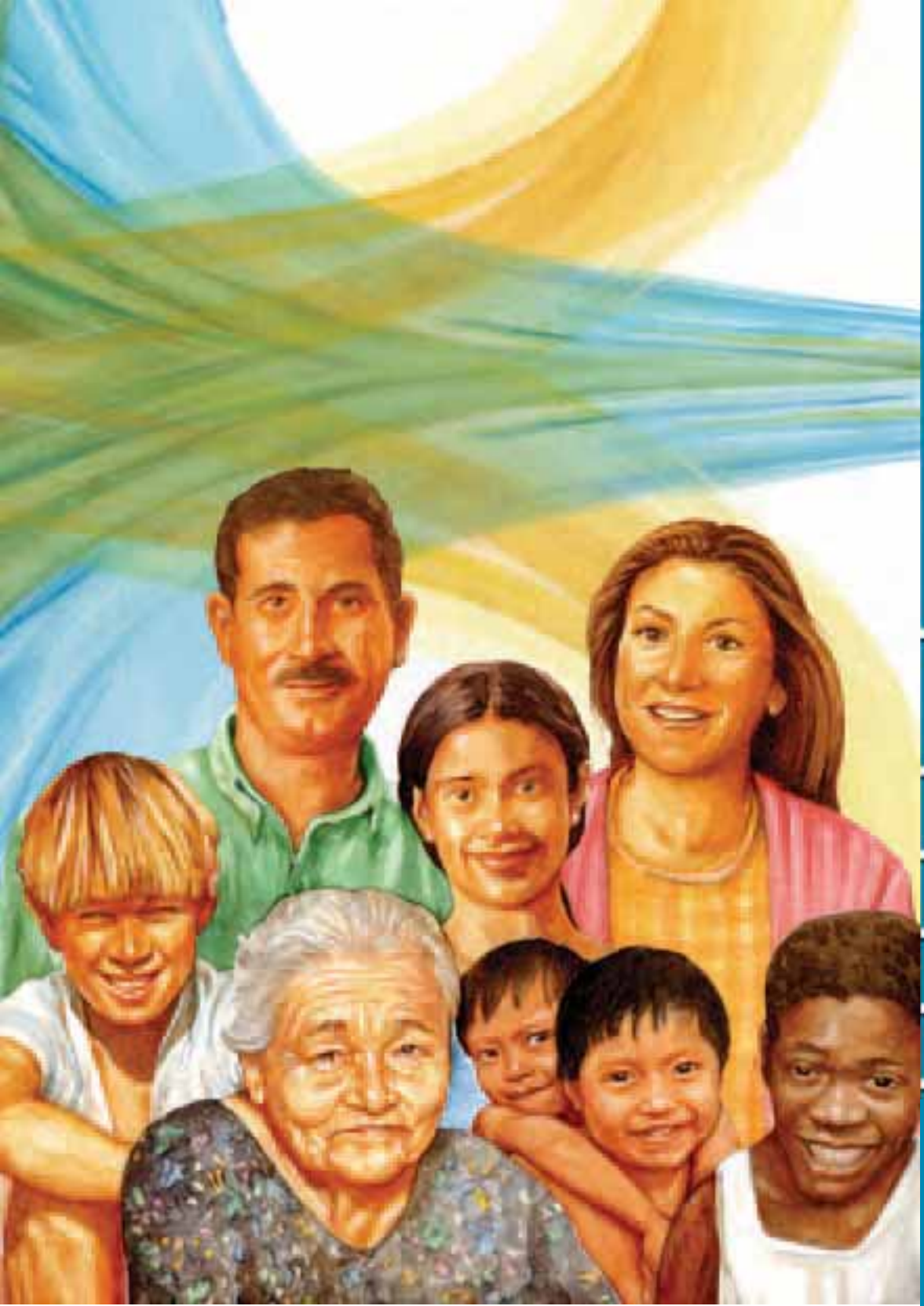
O uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça, contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

Vigilância em saúde

## Zoonoses

São infecções ou doenças infecciosas transmissíveis, sob condições naturais, de homens a animais, e vice-versa. A higiene e o 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 lambedura de animais contaminados.

Controle de doenças/agravos.



# 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

Anexo A

# LEGISLAÇÕES E NORMATIZAÇÕES DO SUS

## Constituição Federal, de 1988

Título VIII – DA ORDEM SOCIAL, Capítulo II – Seção II Da Saúde – Artigos 196; 197; 198 (Parágrafo único – EC 29); 200.

## Emenda Constitucional no 51/2006

Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal.

## 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 n.º 6.050, de 24 de maio de 1974

Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento.

## Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981

Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

## 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 das 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 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 9.279, de 14 de maio de 1996

Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial.

### 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, alterada pela Medida Provisória nº 2.177– 44, de 24 de agosto de 2001.

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 9.961, de 28 de janeiro de 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro (RJ), prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

## 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 SUS.

## 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.

## Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005

Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências.

## Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005

Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

## Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006

Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

## Decreto Federal nº 76.872, de 22 de dezembro de 1975

Regulamenta a Lei nº 6.050/74, que dispõe sobre a fluoretação da água.

## 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 SUS.

## 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 SUS, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e nº 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.

### Decreto nº 5.105, de 14 de junho de 2004

Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, de 21 de agosto de 2002.

### Decreto n° 5.813, de 22 de junho de 2006

Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.

### Decreto n° 6.017, de 17 de janeiro de 2007

Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

### Decreto, de 20 de junho de 2007

Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na 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 a 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 das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde.

### Portaria GM/MS nº 635, de 26 de dezembro de 1975

Aprova as normas e padrões sobre a fluoretação da água dos sistemas públicos de abastecimento, destinada ao consumo humano.

### 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 SUS, 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 SUS.

## 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 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 SUS, para uso clínico e epidemiológico, constante no anexo I desta Portaria.

## 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 nº 956/00.

### Portaria nº 17, de 4 de janeiro de 2001

Institui o Cadastro Nacional de Usuários do SUS 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 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 SUS (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 GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001

Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN).

### 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

Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS 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 eqüidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS 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 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.

### 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 198, de 13 de fevereiro de 2004

Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS 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 GM/MS n.° 518, de 25 de março de 2004

Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade e dá outras providências.

### 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 interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004

Artigo 1º – Certificar, como Hospital de Ensino, as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da Saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de Ensino Superior.

### 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 SUS.

### Portaria nº 827, de 5 de maio de 2004

Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências.

### Portaria interministerial nº 1.005, de 27 de maio de 2004

Defini os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004.

### Portaria interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004

Criar o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS.

### Portaria nº 1.007, de 27 de maio de 2004

Estabelece o montante de recursos financeiros, no valor de R$ 50.000.000,00 (cinqüenta milhões de reais), a ser repassado pelo Ministério da Saúde às Instituições Federais de Ensino Superior, conforme detalhado no Anexo desta Portaria.

### 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 1.172/04; 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 1.570, de 29 de julho de 2004

Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e o 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 1.678, de 13 de agosto de 2004

Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da eqüidade na Atenção à Saúde da População Negra e dá outras providências.

### Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004

Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do 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 2.068, 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 MS/GM nº 2.246, de 18 de outubro de 2004

Institui e divulga orientações básicas para a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS, em todo o território nacional.

### 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 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 2.474, de 12 de novembro de 2004

Institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos ACS.

### 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 à manutenção do Programa Farmácia Popular do Brasil.

### Portaria nº 552, de 13 de abril de 2005

Aprova o documento Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul.

### Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005

Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsaspara a Educação pelo Trabalho.

### Portaria Nº 1.143, de 7 de julho de 2005

Apóia programas de residência médica em medicina de família e comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde.

### Portaria nº 1.156, de 7 de julho de 2005

Institui o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.

### Portaria nº 414, de 11 de agosto de 2005

Inclui, no sistema do Cadastro Nacional de Saúde (SCNES), as tabelas de habilitações de serviços e de regras contratuais, constantes dos anexos I e II desta portaria.

### Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005

Institui, no âmbito do SUS, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

### Portaria nº 2.084, de 26 de outubro de 2005

Estabelece os mecanismos e as responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e dá outras providências.

### Portaria interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005

Institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.

### Portaria interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005

Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da Saúde.

### Portaria interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005

Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.

### Portaria nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005

Cria o Grupo da Terra.

### Portaria nº 9, de 14 de dezembro de 2005

Institui grupo de trabalho de custos, com atribuições de sistematizar a proposta de política nacional de gerenciamento de custos; elaborar um diagnóstico situacional sobre a metodologia de custos empregada nas instituições de saúde brasileiras; definir um modelo de fomento para o desenvolvimento de um sistema básico de custos que seja homogêneo nos conceitos e nas metodologias;

promover o desenvolvimento de uma metodologia de apuração de custos que possua portabilidade e seja integrável, parametrizável e público; estabelecer regras para a criação/credenciamento de serviços colaboradores e os objetivos destes serviços; apoiar a implantação dos sistemas de gerenciamento de custos nas instituições de saúde; avaliar e aprimorar o processo de implantação do programa nacional de gestão de custos.

### Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006

Artigo 1° – A Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), de caráter consultivo e vínculo com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde – da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde –, tem as seguintes funções: I - debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de Saúde; II - sugerir mecanismos de regulação profissional da área de Saúde; e III - sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de Saúde.

### Portaria nº 176, de 27 de janeiro de 2006

Institui a Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (RegeSUS).

### Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

### Portaria nº 491, de 9 de março de 2006

Dispõe sobre a expansão do programa "Farmácia Popular do Brasil".

### Portaria nº 598, de 23 de março de 2006

Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.

### Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006

Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

### Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006

Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

### Portaria nº 648, de 28 de março de 2006

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

### Portaria nº 649, de 28 de março de 2006

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

### Portaria nº 650, de 28 de março de 2006

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

### Portaria nº 665, de 29 de março de 2006

Institui o Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.

### Portaria nº 675, de 30 de março de 2006

Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

### Portaria nº 687, de 30 de março de 2006

Aprova a Política de Promoção da Saúde.

### Portaria nº 699, de 30 de março de 2006

Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

### Portaria nº 822, de 17 de abril de 2006

Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.

### Portaria GM/MS nº 930, de 2 de maio de 2006

Prorroga, em caráter excepcional, até a competência setembro de 2006, a autorização para os estabelecimentos de saúde com produção no SIA/SUS, no período de janeiro a julho de 2005, dos procedimentos de prótese total mandibular, prótese total maxilar e próteses parciais removíveis maxilar ou mandibular, que apresentarem produção de procedimentos de próteses dentárias pelo subsistema Apac/SIA.

### Portaria nº 928, de 2 de maio de 2006

Constitui a Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS.

### Portarias n° 971, de 4 de maio de 2006

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.

### Portaria n° 1600, de 18 de julho de 2006

Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no SUS.

### Portaria nº 1.852, de 9 de agosto de 2006

Constitui o grupo de assessoramento técnico em doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e o grupo de assessoramento técnico em coagulopatias hereditárias, com a finalidade de realizar estudos e protocolos para o embasamento das decisões dos trabalhos da câmara de assessoramento técnico à coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, instituída pela Portaria nº 593/GM, de 20 de abril de 2005.

### Portaria MS/GM no 2.261, de 22 de setembro de 2006 Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS).

### Portaria GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006

Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

### Portaria n° 853, de 17 de novembro de 2006

Inclui na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Informações do SUS, o serviço de código 068 – Práticas Integrativas e Complementares.

### Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006

Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.

### Portaria n° 3.332, de 28 de dezembro de 2006

Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

### Portaria MS/GM nº 35, de 4 de janeiro de 2007

Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde.

### Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007

Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.

### Portaria interministerial MEC/MS nº45, de 12 de janeiro de 2007

Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

### Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007

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

### Portaria nº 1.624, de 10 de julho de 2007

Regulamenta, para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais (CER), componente da parte variável do Piso da Atenção Básica.

### Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho de 2007

Nomeia a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional.

### Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007

Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

### Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400, de 2 de outubro de 2007

Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino.

### Portaria Interministerial nº 2.401 MEC/MS, de 2 de outubro de 2007

Constitui comissão de certificação dos hospitais de ensino.

### Portaria MS/SGTES nº 37, de 1º de novembro de 2007

Define que os valores publicados para a implementação da política de educação permanente em saúde, conforme a portaria GM/MS nº 1.996/07, sejam repassados em parcela única aos respectivos

fundos estaduais e municipais de saúde na forma do anexo desta Portaria.

### Portaria MS/SGTES nº 43, de 4 de dezembro de 2007

Define valores referentes ao ano de 2007 para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

### Portaria MS/SGTES nº 48, de 14 de dezembro de 2007

Define que os valores publicados para a implementação da política de educação permanente em saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 1.996/07, sejam repassados em parcela única ao respectivo fundo de saúde do Distrito Federal na forma do anexo desta Portaria.

### Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008

Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

### Portaria nº 1.364, de 3 de julho de 2008

Regulamenta, para o ano de 2008, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais (CER), componente da parte variável do Piso da Atenção Básica.

### Resolução CFO nº 185, de 26 de abril de 1993

Aprova a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia e revoga a Resolução CFO-155/84.

### Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996

Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

### Resolução nº 62, de 20 de março de 2001

Estabelece as normas para o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

### Resolução nº 6, de 26 de março de 2001

O processamento do ressarcimento será realizado de acordo com as disposições da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, da RDC nº 17, de 30 de março de 2000 e da RDC nº 62, de 20 de março de 2001 e sua regulamentação, na forma estabelecida nas Resoluções da Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS.

### Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003

Aprova 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 diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

### Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004

Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica com base nos princípios estabelecidos nesta Resolução.

### Resolução nº 131, de 6 de junho de 2006

Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep) para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do SUS.

### 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 a realização de eventos e dá outras providências.

### Instrução Normativa nº 13, de 6 de novembro de 2003

Altera os anexos i, ii, iv, v e vi e revoga o anexo iii da Resolução n.º 6, de 26 de março de 2001, que estabelece nova sistemática para o processamento do ressarcimento ao SUS.

### Instrução Normativa nº 1, de 8 de dezembro de 2003

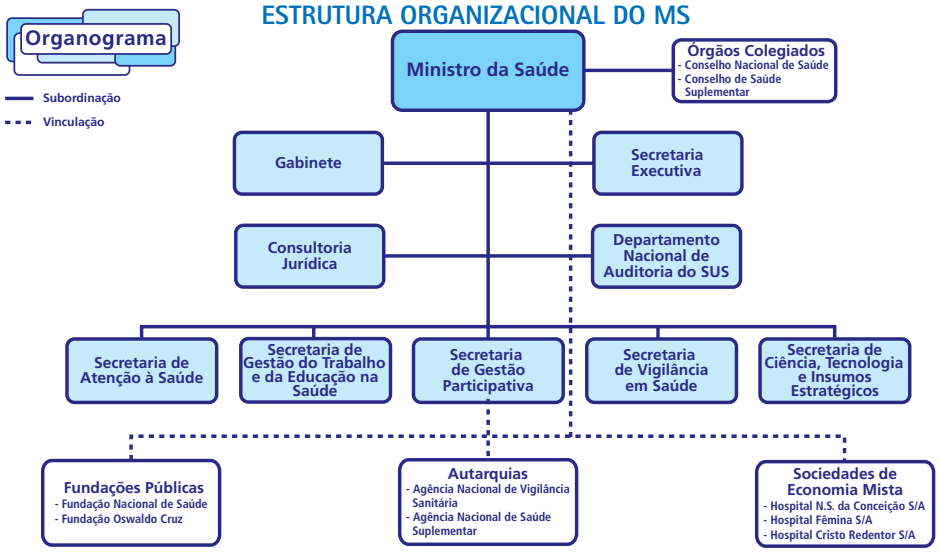
Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde.

Anexo B

# CONTATOS DO SUS

# MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G
CEP: 70058-900
Brasília, DF
*Internet*: http://www.saude.gov.br
*E-mails*: fale.ministerio@saude.gov.br e info@saude.gov.br
PABX: (61) 3315-2425




**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

I - 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;

II - acompanhar o andamento dos projetos de interesse do Ministério em tramitação no Congresso Nacional;

III - providenciar o atendimento às consultas e aos requerimentos formulados pelo Congresso Nacional;

IV - providenciar a publicação oficial e a divulgação das matérias relacionadas com a área de atuação do Ministério;

V - exercer as atividades de comunicação social, bem como de relações internacionais relacionadas com a cooperação em saúde, de interesse do Ministério; e

VI - exercer outras atribuições que lhe forem cometidas pelo Ministro de Estado. Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 5º andar, Gabinete

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 5º andar, Gabinete
CEP: 70058-900
Brasília – DF
*E-mail*: chefia.gm@saude.gov.br
Telefones: (61) 3223-9184 / 9678 – 3315-2399 / 2788 / 2789
Faxes: (61) 3224-8747 / 3315-2879 / 2680

## 2. SECRETARIA-EXECUTIVA (SE)

Competências

I - Assistir ao Ministro de Estado na supervisão e coordenação das atividades das secretarias integrantes da estrutura do Ministério e das entidades a ele vinculadas; II - coordenar e apoiar as atividades de organização e modernização administrativa, bem como as relacionadas com os sistemas federais de planejamento e de orçamento, de contabilidade, de administração financeira, de administração dos recursos de informação e informática, de recursos humanos e de serviços gerais, no âmbito do Ministério;

III - coordenar e apoiar as atividades relacionadas aos sistemas internos de gestão e aos

sistemas de informações relativos às atividades finalísticas do SUS;

IV - coordenar e apoiar as atividades do Fundo Nacional de Saúde;

V - coordenar e apoiar a definição de diretrizes do sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços;

VI - auxiliar o Ministro de Estado na definição de diretrizes e na implementação das ações da área de competência do Ministério;

VII - assessorar a direção dos órgãos do Ministério na formulação de estratégias de colaboração com organismos financeiros internacionais;

VIII - coordenar a elaboração e a execução de programas e projetos em áreas e temas de abrangência nacional;

IX - estabelecer metas, acompanhar e avaliar o desempenho dos programas e projetos;

X - propor acordos e convênios com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a execução descentralizada de programas e projetos especiais, no âmbito do SUS; e

XI - coordenar as ações de descentralização no SUS.

Parágrafo único. A Secretaria-Executiva exerce, ainda, o papel de órgão setorial dos Sistemas de Pessoal Civil da Administração Federal (Sipec), 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, Edifício Sede, 3º andar, sala 305
CEP: 70058-900
Brasília, DF
Internet: http://www.saude.gov.br/se
*E-mail:* se@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-2078 / 2079 / 2130 / 2133 / 2769 – 3226-6407 – 3225-6410
Faxes: (61) 3321-4396 – 3223-4449

## 2.1 Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA)

Competências

I - Planejar, coordenar e supervisionar, no âmbito do Ministério, a execução das atividades relacionadas aos Sistemas Federais de Recursos Humanos e de Serviços Gerais, bem como as atividades de organização e modernização administrativa;

II - promover a articulação com os órgãos centrais dos sistemas federais, referidos no inciso I, bem como informar e orientar os órgãos do Ministério quanto ao cumprimento das normas administrativas estabelecidas;

III - gerir contratos e processos licitatórios para contratação e aquisição de bens e serviços;

IV - planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades de documentação, informação, arquivo, biblioteca, processo editorial e do Centro Cultural da Saúde, no âmbito do Ministério; e

V - promover a elaboração e consolidar os planos e os programas das atividades de sua área de competência e submetê-los à decisão superior.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo A, 3º andar, sala 337
CEP: 70058–900
Brasília – DF
*E-mail:* saa.agenda@saude.gov.br
Telefones: (61) 3224-4319 – 3321-8234 – 3315-2233 / 2843 / 2521 / 2973
Faxes: (61) 3223-7318 – 3315-2880 / 2277

## 2.2 Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)

Competências

I - Planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relacionadas aos sistemas federais de planejamento e de orçamento, de administração financeira e de contabilidade, no âmbito do Ministério;

II - promover a articulação com o órgão central do sistema federal, referido no inciso I, bem como informar e orientar os órgãos do Ministério quanto ao cumprimento das normas estabelecidas;

III - coordenar a elaboração e a consolidação dos planos e programas das atividades finalísticas do Ministério e submetê-los à decisão superior; e

IV - acompanhar e promover a avaliação de projetos e atividades.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 2º andar, sala 253
CEP: 70058-900
Brasília, DF
Internet: http://www.saude.gov.br/spo
*E-mail:* spoweb@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-3342 / 2219 – 224-7069
Faxes: (61) 3224-9568 – 3315-3333

## 2.3 Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)

Competências

I - Fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas para a manutenção e o desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério;

II - desenvolver, pesquisar e incorporar tecnologias de informática que possibilitem a im-

plementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;

III - definir padrões, diretrizes, normas e procedimentos para a contratação de bens e serviços de informática, no âmbito dos órgãos e entidades do Ministério;

IV - definir padrões para a captação e transferência de informações em saúde, visando à integração operacional das bases de dados e dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito do SUS;

V - manter o acervo das bases de dados necessárias ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;

VI - assegurar aos gestores do SUS e órgãos congêneres o acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério;

VII - definir programas de cooperação técnica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia de informática em saúde, sob a coordenação do Secretário-Executivo; e

VIII - apoiar estados, municípios e o Distrito Federal, na informatização das atividades do SUS.

Contatos

Endereço 1: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo A, 2º andar, sala 109
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Telefones: (61) 3315-2254 / 3321-7216 / 2764
Fax: (61) 3321-4787
Endereço 2: Rua México, 128, sala 837 – Centro
CEP: 20031-142
Rio de Janeiro – RJ
Internet: http://www.datasus.gov.br
Telefones: (PABX): (21) 3974-7171 / 7227 / 7228 / 7206

## 2.4 Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Competências

I - Planejar, coordenar e controlar as atividades orçamentárias, financeiras e contábeis do Fundo Nacional de Saúde, inclusive aquelas executadas por unidades descentralizadas;

II - promover as atividades de cooperação técnica nas áreas orçamentária e financeira para subsidiar a formulação e a implementação de políticas de saúde;

III - estabelecer normas e critérios para o gerenciamento das fontes de arrecadação e a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros;

IV - planejar, coordenar e supervisionar as atividades de financiamento de programas e projetos;

V - acompanhar e avaliar a execução de programas e projetos financiados com recursos do Fundo Nacional de Saúde;

VI - planejar, coordenar e supervisionar as atividades de convênios, acordos, ajustes e similares sob a responsabilidade do Ministério, bem como promover o acompanhamento da aplicação dos recursos transferidos ao SUS; e

VII - planejar, coordenar e supervisionar as atividades de prestação de contas e de tomada de contas especial dos recursos do SUS, alocados ao Fundo Nacional de Saúde.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo A, sala 205
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Internet: http://www.fns.saude.gov.br
*E-mail:* falecomfns@saude.gov.br
Telefones: (61) 3321-1917 – 3315-2777 / 2927
Fax: (61) 3225-2359
Disque Central de Atendimento FNS: 0800-644-8001

## 2.5 Departamento de Apoio à Descentralização (DAD)

Competências

I - Articular os órgãos do Ministério no processo de avaliação de políticas, no âmbito do SUS;

II - 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;

III - promover, articular e integrar as atividades e ações de cooperação técnica a estados, municípios e ao Distrito Federal, visando fortalecer a gestão descentralizada do SUS;

IV - formular e propor a adoção de diretrizes necessárias ao fortalecimento dos sistemas estaduais e municipais de saúde;

V - planejar, coordenar e articular o processo de negociação e de contratualização, visando ao fortalecimento das instâncias de pactuação, nos três níveis de gestão do SUS;

VI - promover a articulação e a integração de ações entre os órgãos e unidades do Ministério e os gestores estaduais e municipais do SUS; e

VII - 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, Edifício Sede, 3º andar, sala 351
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Internet: http://www.saude.gov.br/dad

*E-mail:* dad@saude.gov.br
Telefones: (61) 3226-8735 / 9737 – 3315-2649
Fax: (61) 3226-9737

## 2.6 Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (Dipe)

### Competência

I - Desenvolver ações nas seguintes áreas: Núcleo de Integração Estratégica, SIS- Mercosul, Complexo Produtivo da Saúde e ações intergovernamentais.

### Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 3º andar, sala 317
CEP: 70058-900
Brasília – DF
*E-mail:* dipe@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-2359

## 2.7 Editora do Ministério da Saúde (EMS)

### Competências

I - Planejar, coordenar, acompanhar e avaliar as atividades relacionadas à gestão editorial, no âmbito do Ministério;
II - orientar as ações do Ministério quanto aos procedimentos, às normas e às diretrizes editoriais a serem observados na elaboração de publicações e impressos;
III - adotar padrões e procedimentos destinados a assegurar o acompanhamento, o registro, o depósito legal, a qualidade e a avaliação dos produtos editoriais
IV - zelar pela economicidade observando princípios de ética pública na execução dos trabalhos editoriais do Ministério.

### Contatos

Endereço: SIA Trecho 4, lote 510 a 640
CEP: 71200-040
Brasília – DF
*E-mail:* editora.ms@saude.gov.br
Telefones: (61) 3233-2020 / 1774 / 9353
Fax: (61) 3233-9558

## 2.8 Biblioteca do Ministério da Saúde

### Competências

I - Prestar serviços de coleta, pesquisa e informação nas áreas de Saúde Pública, Ciências Médicas e áreas afins;
II - manter intercâmbio com redes de informação nacionais e internacionais.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, térreo
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Telefones: (61) 3315-3200 / 2280

## 3. CONSULTORIA JURÍDICA (CJ)

Competências

I - Assessorar o Ministro de Estado em assuntos de natureza jurídica;

II - exercer a coordenação das atividades jurídicas do Ministério e das entidades vinculadas;

III - 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;

IV - elaborar estudos e preparar informações por solicitação do Ministro de Estado;

V - assistir ao Ministro de Estado no controle interno da legalidade administrativa dos atos a serem por ele praticados ou já efetivados, bem como daqueles oriundos de órgãos ou entidades sob sua coordenação jurídica; e

VI - examinar, prévia e conclusivamente, no âmbito do Ministério: a) os textos de edital de licitação, bem como os dos respectivos contratos ou instrumentos congêneres, a serem publicados e celebrados; e b) os atos pelos quais se vá reconhecer a inexigibilidade ou decidir a dispensa de licitação.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 2º andar, sala 207
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Telefones: (61) 3325-2064 / 3315-2304 / 3008
Fax: (61) 3315-2607

# II. ÓRGÃOS ESPECÍFICOS E SINGULARES

## 1. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS)

Competências

I - Participar da formulação e implementação da política de assistência à saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;

II - definir e coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde;

III - estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e avaliação da assistência à saúde;

IV - supervisionar e coordenar as atividades de avaliação;

V - identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

VI - elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

VII - coordenar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, as atividades das unidades assistenciais do Ministério;

VIII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de estados, municípios e do Distrito Federal;

IX - coordenar a formulação e a implantação da política de regulação assistencial do SUS;

X - promover o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde; e

XI - participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo.

Contatos

Gabinete do Secretário de Atenção à Saúde

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 9º andar, sala 902

CEP: 70058-900

Brasília – DF

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

*E-mail:* sas@saude.gov.br

Telefones: (61) 3225-0211 – 3315-2626 / 2627

Fax: (61) 3226-3674

### 1.1 Departamento de Atenção Básica (DAB)

Competências

I - Normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção básica em saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;
II - normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, no âmbito da atenção básica em saúde;
III - desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações de atenção básica em saúde;
IV - acompanhar e propor instrumentos para organização gerencial e operacional da atenção básica em saúde; e
V - prestar cooperação técnica a estados, municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção básica em saúde.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6º andar, sala 655
CEP: 70058-900
Brasília – DF
*E-mail:* dab@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-2497
Fax: (61) 3226-4340

## 1.2 Departamento de Atenção Especializada (DAE)

Competências

I - Elaborar, coordenar e avaliar a política de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar do SUS;
II - criar instrumentos técnicos e legais para a implantação de modelos de gestão;
III - criar instrumentos técnicos e legais para o desenvolvimento de gestão de redes assistenciais;
IV - elaborar parâmetros e indicadores gerenciais para a gestão das redes assistenciais;
V - coordenar e acompanhar as ações e serviços de saúde das unidades hospitalares próprias; e
VI - regular e coordenar as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 9º andar, sala 921
CEP: 70058-900
Brasília – DF
*E-mail:* dae@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-2261 / 3626
Fax: (61) 3226-6020

## 1.3 Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape)

Competências

I - Coordenar, de modo articulado com outros órgãos do Ministério, a formulação de conteúdos programáticos, normas técnico-gerenciais, métodos e instrumentos que re-orientem o modelo de atenção à saúde;

II - promover o desenvolvimento de estratégias que permitam a organização da atenção à saúde, com ênfase na atenção básica, visando favorecer o acesso, a eqüidade e a integralidade das ações e serviços prestados;

III - prestar cooperação técnica a estados, municípios e ao Distrito Federal na organização das ações programáticas estratégicas;

IV - desenvolver mecanismos de controle e avaliação das ações programáticas estratégicas;

V - desenvolver mecanismos indutores que fortaleçam a lógica organizacional de sistemas de saúde, articulados entre os três níveis de gestão do SUS.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6º andar, sala 607
CEP: 70058-900
Brasília, DF
*E-mail:* dape@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-2850
Fax: (61) 3315-3403

## 1.4 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Drac)

Competências

I - Definir a política de regulação do Ministério em relação aos Sistemas Estaduais de Saúde;

II - subsidiar e avaliar as ações de regulação assistencial, implantadas pelos estados, municípios e Distrito Federal;

III - acompanhar e avaliar:

a) a prestação de serviços assistenciais de saúde, no âmbito do SUS, em seus aspectos qualitativos e quantitativos; e

b) a transferência de recursos financeiros do Ministério a estados, municípios e ao Distrito Federal.

IV - prestar cooperação técnica aos gestores do SUS para a utilização de instrumentos de coleta de dados e informações;

V - subsidiar a elaboração de sistemas de informação do SUS;

VI - realizar estudos para o aperfeiçoamento e aplicação dos instrumentos de controle e avaliação dos serviços de assistência à saúde;

VII - avaliar as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão de controle e avaliação dos estados, dos municípios e do Distrito Federal;

VIII - estabelecer normas e definir critérios para a sistematização e padronização das técni-

cas e procedimentos relativos às áreas de controle e avaliação;

IX - definir, dentro de sua área de atuação, formas de cooperação técnica com os estados, os municípios e o Distrito Federal para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operativa dos serviços de assistência à saúde;

X - subsidiar os estados, os municípios e o Distrito Federal na política de contratualização com os prestadores de serviços de saúde do SUS; e

XI - definir, manter e atualizar o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 9º andar, sala 955
CEP: 70058-900
Brasília – DF
*E-mail:* decas@saude.gov.br
Telefones: (61) 3224-4014 / 3014 / 3315-2690 / 2082
Faxes: (61) 3225-3174 / 3226-0948

## 1.5 Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro

Competências

I - Integrar operacional e assistencialmente os serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde, ampliando sua eficiência e eficácia;

II - articular e coordenar a implementação das políticas e projetos do Ministério da Saúde nas unidades assistenciais sob sua responsabilidade;

III - implementar ações de gestão participativa e controle social nos serviços de saúde sob sua responsabilidade; e

IV - atuar de forma integrada com os demais serviços de saúde localizados na cidade do Rio de Janeiro, na Região Metropolitana e nos demais Municípios do Estado, com vistas ao fortalecimento e à qualificação das redes assistenciais nesses territórios.

Contatos:

Endereço:
CEP:
Rio de Janeiro – RJ
*E-mail:*
Telefones: (021) 3985-7480
Faxes:

## 1.6 Instituto Nacional de Câncer (Inca)

Competências

I - Assistir ao Ministro de Estado na formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer;

II - planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, pro-

jetos e atividades, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das neoplasias malignas e afecções correlatas;

III - exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos, em todos os níveis, na área de cancerologia;

IV - coordenar, programar e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia; e

V - prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas.

Contatos

Endereço: Praça da Cruz Vermelha, 23, 4º andar – Centro
CEP: 20230-130
Rio de Janeiro – RJ
Internet: <http://www.inca.gov.br>
Telefones: (21) 2224-4074 / 4531 / 2506-6006 / 2506-6000 (PABX)
Fax: (21) 2242-2420

## 2. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS (SCTIE)

Competências

I - Formular, implementar e avaliar a Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde;

II - formular, implementar e avaliar políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;

III - viabilizar a cooperação técnica aos estados, municípios e ao Distrito Federal, no âmbito da sua atuação;

IV - articular a ação do Ministério, no âmbito das suas atribuições, com as organizações governamentais e não governamentais, com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;

V - formular, implementar e avaliar as Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados, enquanto partes integrantes da Política Nacional de Saúde;

VI - estabelecer métodos e mecanismos para a análise da viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos em saúde;

VII - participar da formulação e implementação das ações de regulação do mercado, com vistas ao aprimoramento da Política Nacional de Saúde; e

VIII - ormular, 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, Edifício Sede, 8º andar, sala 818
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Internet: <http://www.saude.gov.br/sctie>
*E-mail:* sctie@saude.gov.br
Telefones: (61) 3325-2117 / 3225-5886 / 3315-2790
Fax: (61) 3223-0799

## 2.1 Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit)

### Competências

I - Participar da formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, tendo como pressupostos as necessidades demandadas pela Política Nacional de Saúde e a observância aos princípios e diretrizes do SUS;

II - promover a articulação intersetorial, no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia;

III - definir normas e estratégias para desenvolver mecanismos de controle e avaliação da incorporação de tecnologias, promovendo a difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, com vistas à sua adoção por instituições e serviços de saúde, no âmbito de sua competência;

IV - promover, em articulação com instituições de ciência e tecnologia e agências de fomento, a realização de pesquisas estratégicas em saúde;

V - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial, assim como orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, no âmbito da Ciência e Tecnologia em Saúde;

VI - elaborar, divulgar e fomentar a observância de diretrizes de pesquisa e desenvolvimento tecnológico relacionadas com impactos causados por fatores ambientais sobre a saúde;

VII - acompanhar as atividades da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, instituída no âmbito do Conselho Nacional de Saúde;

VIII - coordenar a elaboração, execução e avaliação de programas e projetos em áreas e temas de abrangência nacional, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e de Insumos Estratégicos;

IX - implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento de instituições de ciência e tecnologia que atuam na área de Saúde;

X - propor acordos e convênios com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a execução descentralizada de programas e projetos especiais, no âmbito do SUS; e

XI - definir estratégias de atuação do Ministério da Saúde no campo da biossegurança, em articulação com órgãos e instituições afins.

### Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar, sala 845

CEP: 70058-900
Brasília – DF
Telefones: (61) 3315-3197 / 3298 / 2637 / 2046
Faxes: (61) 3315- 3463 / 3223-0799

## 2.2 Departamento de Economia da Saúde (DES)

### Competências

I - Subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, bem como seus demais Departamentos, na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos, necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;

II - analisar a viabilidade de empreendimentos públicos no setor de Saúde;

III - subsidiar as decisões da Secretaria de Ciência, Tecnologia e de Insumos Estratégicos, bem como de seus demais Departamentos, no tocante a aspectos econômicos dos programas e projetos formulados no seu âmbito de atribuição;

IV - analisar e propor políticas para redução de custos na área de Saúde, bem como para ampliar o acesso da população a medicamentos e outros insumos necessários à implementação das ações de assistência farmacêutica;

V - coordenar e realizar pesquisas sobre componentes econômicos do SUS, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;

VI - propor e coordenar a implantação de banco e registros nacionais de preços visando à aquisição de insumos estratégicos para a saúde; e

VII - participar das ações de regulação de mercado, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

### Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8º andar, sala 801
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Telefones: (61) 3315-2790
Fax: (61) 3223-0799
Internet: <http://economia.saude.bvs.br>

## 2.3 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (Dafie)

### Competências

I - Subsidiar a Secretaria na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos, necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;

II - participar da formulação e implementação, assim como coordenar a gestão das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo sangue,

hemoderivados, vacinas e imunobiológicos, enquanto partes integrantes da Política Nacional de Saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;

III - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de estados, municípios e do Distrito Federal, no âmbito da sua atuação;

IV - coordenar a organização e o desenvolvimento de programas, projetos e ações, em áreas e temas de abrangência nacional, no âmbito de suas competências;

V - formular, propor diretrizes e coordenar o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à produção de insumos para a saúde, de interesse nacional;

VI - formular e coordenar as ações de fomento à produção estatal de medicamentos, como suporte às ações governamentais em saúde e de balizamento do mercado farmacêutico nacional;

VII - normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS;

VIII - formular e propor diretrizes para as áreas e temas estratégicos com vistas à implementação da Política Nacional de Saúde;

IX - coordenar a aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a saúde, em particular para a assistência farmacêutica;

X - propor acordos e convênios com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS, no limite de suas atribuições;

XI - orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes envolvidos no processo de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, com vistas à sustentabilidade dos programas e projetos em sua área de atuação; e

XII - elaborar e acompanhar a execução de programas e projetos relacionados à produção, aquisição, distribuição, dispensação e uso de medicamentos, no âmbito do SUS.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar, sala 834
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Telefones: (61) 3225-2117 /2171 / 5886 – 3315-2839 / 2941 / 2790 / 2166 / 3062 / 2409
Faxes: (61) 3223-0799 – 3315-2307 – 3225-2171

## 3. SECRETARIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA (SGP)

Competências

I - Formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social;

II - articular as ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica e participativa, com os diversos setores, governamentais e não governamentais, relacionados com

os condicionantes e determinantes da saúde;

III - apoiar o processo de controle social do SUS, para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde;

IV - promover, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, a realização das Conferências de Saúde e das Plenárias dos Conselhos de Saúde, com o apoio dos demais órgãos do Ministério da Saúde;

V - incentivar e apoiar, inclusive nos aspectos financeiros e técnicos, as instâncias estaduais, municipais e do Distrito Federal, para o processo de elaboração e execução da política de educação permanente para o controle social no SUS;

VI - apoiar estratégias para mobilização social, pelo direito à saúde e em defesa do SUS, promovendo a participação popular na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde;

VII - contribuir para a eqüidade, apoiando e articulando grupos sociais que demandam políticas específicas de saúde;

VIII - promover a participação efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários na eleição de prioridades e no processo de tomada de decisões na gestão do SUS;

IX - formular e coordenar a Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, por meio da análise de seu desenvolvimento, da identificação e disseminação de experiências inovadoras, produzindo subsídios para a tomada de decisões e a organização dos serviços;

X - formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS, implementando sua descentralização e cooperação com entidades de defesa de direitos do cidadão;

XI - realizar auditoria e fiscalização no âmbito do SUS e coordenar a implantação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, nas três esferas de governo;

XII - promover, em parceria com a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, a articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde;

XIII - apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde;

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas, por meio de acordos de cooperação com entidades governamentais e não governamentais, que contribuam para o desenvolvimento do SUS e da reforma sanitária brasileira; e

XV - estabelecer mecanismos para a gestão da ética, com enfoque na conformidade de conduta como instrumento de sustentabilidade e melhoria da gestão pública do SUS, bem como acompanhar sua implementação no âmbito do Ministério da Saúde.

Contatos

Gabinete do Secretário de Gestão Participativa

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 4º andar, sala 437

CEP: 70058-900

Brasília – DF

*E-mail:* gestaoparticipativa@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-3616 / 3326
Fax: (61) 3321-1935

## 3.1 Departamento de Apoio à Gestão Participativa

### Competências

I - Propor, coordenar e apoiar a implementação da Política Nacional de Gestão Participativa em Saúde;

II - criar e implementar mecanismos de apoio ao processo de organização e funcionamento do Controle Social do SUS;

III - fomentar a participação de trabalhadores e usuários na tomada de decisões na gestão do SUS;

IV - apoiar processos de qualificação e efetivação do controle social do SUS;

V - contribuir para a promoção da eqüidade em saúde, acolhendo e articulando as demandas de grupos e populações socialmente excluídas;

VI - apoiar iniciativas dos movimentos sociais para o processo de formulação de políticas de gestão do SUS;

VII - fomentar e ampliar a mobilização social pelo direito à saúde e em defesa do SUS;

VIII - mobilizar e instrumentalizar gestores e trabalhadores de saúde para as práticas de gestão participativa;

IX - estabelecer mecanismos de educação e comunicação, em saúde, com a rede escolar, com as organizações não governamentais e com os movimentos sociais; e

X - viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas, visando à produção do conhecimento no campo da gestão participativa e do controle social.

### Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, sala 419
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Internet: <http://www.saude.gov.br>
*E-mail:* sgep.dagep@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-3594
Faxes: (61) 3315-3587

## 3.2 Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

### Competências

I - Coordenar a Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, a ser formulada e desenvolvida conjuntamente com as demais áreas do Ministério;

II - subsidiar os processos de elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento da gestão estratégica e participativa,

nas três esferas de governo;

III - integrar as atividades e ações de cooperação técnica a estados e municípios, visando aprimorar a gestão dos serviços e recursos do SUS;

IV - formular relatórios gerenciais para orientar a tomada de decisão da gestão, nas três esferas do SUS, conjuntamente com as áreas técnicas específicas do Ministério;

V - articular e integrar as ações de monitoramento e avaliação executadas pelos órgãos e unidades do Ministério da Saúde;

VI - desenvolver instrumentos e iniciativas que qualifiquem o processo de avaliação da gestão estratégica e participativa no âmbito do SUS;

VII - viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo do monitoramento e avaliação da gestão do SUS;

VIII - articular ações com os órgãos de controle interno e externo, com os outros ministérios e com as entidades das áreas de informação e avaliação em saúde, visando ampliar a qualidade do sistema de monitoramento e avaliação da gestão do SUS; e

IX - apoiar os processos de acompanhamento dos pactos firmados entre as três esferas de gestão do SUS.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, sala 412
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Internet: http://www.saude.gov.br
E-mail: sgep.dema@saude.gov.br
Telefone: (61) 3315-3624
Fax: (61) 3322-8377

## 3.3 Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS

Competências

I - Propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS;

II - estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria em saúde;

III - implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;

IV - promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das informações decorrentes;

V - assegurar aos cidadãos o acesso às informações sobre o direito à saúde e às relativas ao exercício desse direito;

VI - acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados, mediante reclamações enviadas diretamente ao Ministério da Saúde, contra atos ilegais ou indevidos e omissões, no âmbito da saúde; e

VII - viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento, no campo da ouvidoria em saúde, para subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS.

Contatos

Endereço: SEPN 511, Bloco C, Ed. Bittar IV, Unidade III – Ministério da Saúde 1º Subsolo
Bairro: Asa Norte
CEP: 70750-543
Brasília – DF
Internet: <http://www.saude.gov.br>
*E-mail:* ouvidoria@saude.gov.br
Telefone: (61) 3448-8945
Fax: (61) 3448-8926

## 3.4 Departamento Nacional de Auditoria do SUS

Competências

I - Auditar e fiscalizar a regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas, no âmbito do SUS;

II - verificar a adequação, a resolubilidade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população;

III - estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e padronização das ações de auditoria, no âmbito do SUS;

IV - promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS;

V - 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 órgãos integrantes dos sistemas de controle interno e externo;

VI - emitir parecer conclusivo e relatórios gerenciais para:

a) instruir processos de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde de valores apurados nas ações de auditoria; e

b) informar a autoridade superior sobre os resultados obtidos por meio das atividades de auditoria desenvolvidas pelos órgãos integrantes do SNA;

VII - orientar, coordenar e supervisionar, técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelas unidades organizacionais de auditoria dos Núcleos Estaduais;

VIII - apoiar as ações de monitoramento e avaliação da gestão do SUS; e

IX - viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo da auditoria no SUS.

Contatos

Endereço: SEPN 511, Bloco C, Ed. Bittar IV, Unidade III – Ministério da Saúde – 5º Andar
CEP: 70750-543
Brasília – DF
Internet: <http://sna.saude.gov.br/>
*E-mail:* auditoria@saude.gov.br
Telefone: (61) 3448-8385
Fax: (61) 3448-8382

## 4. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SVS)

### Competências

I - Coordenar a gestão do:

a) Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica;

b) Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, incluindo ambiente de trabalho;

c) Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

d) Sistemas de Informação Epidemiológica; e

e) Programa Nacional de Imunizações;

II - elaborar e divulgar informações e análise de situação da saúde que permitam estabelecer prioridades, monitorar o quadro sanitário do País e avaliar o impacto das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, bem como subsidiar a formulação de políticas do Ministério;

III - coordenar a execução das atividades relativas à disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS para subsidiar a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e de outros agravos à saúde;

IV - coordenar a execução das atividades relativas à prevenção e ao controle de doenças e outros agravos à saúde;

V - coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas desenvolvidas pelo Instituto Evandro Chagas, pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga e pela Central de Armazenagem e Distribuição de Insumos Estratégicos;

VI - coordenar o processo de elaboração e acompanhamento da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD);

VII - participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo, na área de epidemiologia, prevenção e controle de doenças;

VIII - fomentar e implementar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento das ações de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

IX - promover o intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não go-

vernamentais de âmbito nacional e internacional, nas áreas de epidemiologia e controle de doenças;

X - propor políticas e ações de educação em saúde pública, referentes às áreas de epidemiologia, prevenção e controle de doenças;

XI - prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação com estados, municípios e o Distrito Federal, visando potencializar a capacidade gerencial e fomentar novas práticas de vigilância e controle de doenças; e

XII - formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, bem como regular e acompanhar o contrato de gestão da vigilância sanitária.

Contatos

Gabinete do Secretário de Vigilância em Saúde
Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, sobreloja, sala 105
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Internet: <http://www.saude.gov.br/svs>
*E-mail:* svs@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-3706 / 3777 / 3650 / 3776 / 3641 – 3225-5807
Faxes: (61) 3321-9253 / 3216 – 3223-1168

## 4.1 Departamento de Vigilância Epidemiológica (Devep)

Competências

I - Propor normas relativas a:
a) ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis;
b) notificação de doenças transmissíveis;
c) investigação epidemiológica; e
d) vigilância epidemiológica, nos postos de entrada do território nacional;

II - adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças ou agravos à saúde, pertinentes ao seu campo de atuação;

III - coordenar as 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, quando houver o envolvimento de mais de um estado ou riscos de disseminação em nível nacional;

IV - normatizar e definir instrumentos técnicos relacionados aos sistemas de informações sobre doenças de notificação compulsória e doenças sob monitoramento;

V - 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;

VI - elaborar indicadores de vigilância epidemiológica para análise e monitoramento do comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância e agravos inusitados à saú-

de;

VII - propor a lista nacional de doenças de notificação compulsória;

VIII - propor o esquema básico de vacinas de caráter obrigatório;

IX - coordenar a investigação de surtos e epidemias, em especial de doenças emergentes e de etiologia desconhecida ou não esclarecida, bem como de eventos adversos temporalmente associados à vacinação;

X - normatizar e supervisionar o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

XI - normatizar, coordenar e supervisionar a utilização de imunobiológicos;

XII - participar da elaboração e supervisionar a execução das ações na PPI-ECD; e

XIII - 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, Edifício Sede, sobreloja, sala 155
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Telefones: (61) 3315-3643 / 3646
Fax: (61) 3315-3214

## 4.2 Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis)

Competências

I - Elaborar estudos e análises para monitoramento do quadro epidemiológico e avaliação do impacto das políticas e programas de saúde;

II - monitorar o comportamento epidemiológico de doenças não transmissíveis e outros agravos à saúde;

III - normatizar e coordenar a execução dos sistemas de estatísticas vitais;

IV - promover e divulgar análise das informações geradas pelos sistemas;

V - desenvolver metodologias para estudos e análises de situação de saúde;

VI - participar da elaboração e supervisionar a execução das ações na PPI-ECD; e

VII - 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, Edifício Sede, sobreloja, sala 148
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Telefone: (61) 3315-3419
Fax: (61) 3315-3498

## 5. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES)

### Competências

I - Promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de Saúde;

II - elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de Saúde e acompanhar a sua execução, bem como promover o desenvolvimento da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde;

III - planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de Saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo;

IV - promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, bem como com entidades representativas da educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de Saúde;

V - promover a integração dos setores de Saúde e Educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;

VI - planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere a planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de Saúde;

VII - planejar e coordenar ações destinadas a promover a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e a regulação das profissões de saúde;

VIII - planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, bem como à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IX - fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul.

### Contatos

Gabinete do Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 7o andar, sala 705
CEP: 70058-900
Brasília – Df
Internet: <http://www.saude.gov.br/sgtes>

*E-mail:* sgtes@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-2224 / 2248 / 2061Fax: (61) 3226-0063

## 5.1 Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)

### Competências

I - Planejar e coordenar estudos de análise das necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população;

II - atuar junto aos gestores estaduais e municipais do SUS para a solução dos problemas de pessoal do setor público e do setor privado;

III - promover e participar da articulação de pactos entre as gestões federal, estaduais e municipais do SUS, no que se refere aos planos de produção e à qualificação e distribuição dos profissionais de saúde;

IV - desenvolver articulações para a construção de plano de cargos e carreiras para o pessoal do SUS, bem como apoiar e estimular esta ação nas esferas estadual e municipal;

V - planejar, coordenar e apoiar o desenvolvimento de política de carreira profissional própria do SUS, bem como política de carreira profissional para o setor privado;

VI - planejar e coordenar as ações de regulação profissional tanto para novas profissões e ocupações, quanto para as já estabelecidas no mercado de trabalho;

VII - propor e acompanhar sistemas de certificação de competências profissionais visando à regulação dos processos de trabalho em saúde; e

VIII - articular sistema permanente de negociação das relações de trabalho com os gestores federal, estaduais e municipais, setor privado e as representações dos trabalhadores.

### Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 7o andar, sala 751
CEP: 70058-900
Brasília – DF
E-mail: degerts@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-2550 / 3767 / 2884Fax: (61) 3315-2345

## 5.2 Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges)

### Competências

I - participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde, da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e da Política Institucional de Desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério;

II - buscar a integração dos setores de Saúde e Educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e a adequação da formação profissional às necessidades da saúde;

III - promover o desenvolvimento da rede de escolas do governo vinculadas ao Ministério

da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de redes colaborativas de Educação em Saúde Coletiva;

IV - colaborar com a ampliação da escolaridade básica dos trabalhadores da área de Saúde que não dispõem de ensino fundamental, educação especial e qualificação profissional básica, prioritariamente nas áreas essenciais ao funcionamento do SUS;

V - propor e buscar mecanismos de acreditação de escolas e programas educacionais, bem como mecanismos de certificação de competências que favoreçam a integração entre a gestão, a formação, o controle social e o ensino, tendo em vista o atendimento às demandas educacionais do SUS;

VI - estabelecer políticas para que a rede de serviços do SUS seja adequada à condição de campo de ensino para a formação de profissionais de saúde, bem como processos formativos na rede de serviços do SUS para todas as categorias profissionais; e

VII - estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento profissional em programas institucionais, multiprofissionais e de caráter interdisciplinar, tendo em vista a atenção integral à saúde.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 7o andar, sala 717
CEP: 70058-900
Brasília – DF
*E-mail:* deges@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-3394 / 3848Fax: (61) 3315-2974

# III. ENTIDADES VINCULADAS

## 1. AUTARQUIAS

### 1.1 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

Competências

I - 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, os processos, os insumos e as tecnologias a eles relacionados.

II - 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: 70770-502

Brasília – DF
Internet: <http://www.anvisa.gov.br>
*E-mails:* presidencia@anvisa.gov.br e apoio.presidencia@anvisa.gov.br
Telefones: (61) 3448-1009 / 1026 / 3176 / 3177
Fax: (61) 3448-1028

### 1.2 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Competência

I - 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: 70070-935
Brasília – DF
Telefone: (61) 3213-3000
Disque ANS: 0800-701-9656

## 2. FUNDAÇÕES PÚBLICAS

### 2.1 Fundação Nacional de Saúde (Funasa)

Competências

I - Promover a inclusão social por meio de ações de saneamento.
II - Promover a proteção à saúde dos povos indígenas.
III - 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.
IV - Prestar apoio técnico e financeiro no combate, no controle e na 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: 70070-040
Brasília – DF
Internet: <http://www.funasa.gov.br>
*E-mail:* presidencia@funasa.gov.br
Telefones: (61) 3223-6798 – 3224-9269 – 3226-4036 – 3314-6362 / 6466 / 6363 (PABX)
Faxes: (61) 3226-5631 – 3321-3118 – 3314-6253

### 2.2 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Competências

I - 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, 4.365, 5º andar do Castelo – Manguinhos
CEP: 21045-900
Rio de Janeiro – RJ
Internet: <http://www.fiocruz.br>
*E-mails:* presidencia@fiocruz.br e buss@fiocruz.br
Telefones: (21) 2598-4305 – 2590-3190 – 2598-4242 (PABX)
Telefax: (21) 2270-2496
Coordenação Regional de Brasília
Endereço: SEPN 510, Bloco A, Edifício Unidade II, sala 402
CEP: 70750-520
Brasília – DF
Internet: <http://www.fiocruz.br e www.direb.fiocruz.br>
Telefaxes: (61) 3340-0724 / 0340 / 0467 / 9826

## ÓRGÃOS COLEGIADOS

## CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

Competências

I - Deliberar sobre:

a) formulação de estratégia e controle da execução da Política Nacional de Saúde em âmbito federal; e

b) critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

II - manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde;

III - decidir sobre:

a) planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos respectivos Conselhos;

b) divergências suscitadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como por órgãos de representação na área de Saúde; e

c) credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisa em seres humanos;

IV - opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de Saúde, em articulação com o Ministério da Educação;

V - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

VI - acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios;

VII - aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;

VIII - acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio;

IX - 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; e

X - propor a convocação e organizar da Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 1º A composição, a organização e o funcionamento do CNS serão estabelecidos de conformidade com a legislação vigente.

§ 2º O CNS disporá de uma Secretaria-Executiva para coordenação das atividades de apoio técnico-administrativo.

Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Anexo B, salas 103 a 128

CEP: 70058-900

Brasília – DF

Telefones: (61) 3225-6672 – 226-8803 – 3315-2151 / 2150

Faxes: (61) 3315-2414 / 2472

Internet: <http://conselho.saúde.gov.br>

*E-mail*: cns@saude.gov.br

## 1. CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR (CONSU)

Competências

I - Estabelecer as diretrizes gerais e supervisionar a execução das políticas do setor de Saúde Suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

IV - fixar diretrizes gerais, para implementação no setor de Saúde Suplementar, sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores; e

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;

V - 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, Ed. Sede, 5º andar, Gabinete

CEP: 70058-900

Brasília – DF

Telefones: (61) 3223-9184 / 9678 – 3315-2399 / 2788 / 2789

Faxes: (61) 3224-8747 – 3315-2879

*E-mail:* chefia.gm@saude.gov.br

## 2. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT)

Competência

I - 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: 70058-900

Brasília – DF

Telefone: (61) 3315-2260
Fax: (61) 3315-2449
*E-mail:* cit@saude.gov.br

# CONSELHOS

## CONSELHO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

### Competências

I - Promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde, alicerçado nos conceitos de descentralização e municipalização.

II - Propor fórmulas de gestão democrática para a saúde.

III - 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, Edifício Anexo B, sala 130
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Internet: <http://www.saude.gov.br> e <www.conasems.org.br>
*E-mail:* conasems@saude.gov.br
Telefones: (61) 3315-2121 / 2828 / 2432
Fax: (61) 3315-2125

### 1. Serviços Prestados pelo Conasems

#### Rede Brasil de Conasems

Em cada unidade da federação existe um congênere do Conasems: os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) 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

Telefaxes: (68) 3224-5400 – 3223-9053 – 32441470

Endereço: Rua José de Melo, 187, 2º andar, sala 202, Bairro Bosque

CEP: 69908-330

Rio Branco – AC

**Cosems – Alagoas**

*E-mail*: cosems@fapeal.br

Telefax: (82) 3326-5859

Endereço: Avenida Dom Antonio Brandão, 218, Farol

CEP: 57021-190

Maceió – AL

Cosems – Amapá

Telefaxes: (96) 3271-1390 / 3271-1101

Endereço: Avenida Intendente Alfredo Pinto,161, Centro

CEP: 68940-000

Mazagão – AP

Cosems – Amazonas

*E-mail*: cosems@saude.am.gov.br

Telefax: (92) 3643-6324

Endereço: Av. André Araújo, 701, Aleixo

CEP: 69060-001

Manaus – AM

Cosems – Bahia

*E-mail*: conesems@upb.org.br

Telefaxes: (71) 3371-8703 / 0759, ramal 216

Endereço: 3ª Avenida, 320 / CAB / Sede da UPB

CEP: 41750-300

Salvador – BA

Cosems – Ceará

*E-mail*: cosemsce@secrel.com.br

Telefax: (85) 3219-9099 / 3321-9099

Endereço: Rua dos Tabajaras, 268, Praia de Iracema.

CEP: 60822-131

Fortaleza – CE

Cosems – Espírito Santo

*E-mail*: cosemses@ig.com.br

Telefax: (27) 3391-2272

Endereço: Rua Antonio Athacodigoe, 744, Sala 905, Centro

CEP: 29052-345

Vila Velha – ES

Cosems – Goiás

*E-mail*: cosemsgo@conasems.org.br

Telefax: (62) 3201-3412 / 3201-3421

Endereço: Rua 26, S/Nº, Bairro Santo Antonio

CEP: 74860-027

Goiânia – GO

Cosems – Maranhão

*E-mail*: cosemsma@conasems.org.br

Telefax: (98) 3232-7057

Endereço: Rua Conde D'eu, nº 129, Bairro Monte Castelo

CEP: 65030-003

São Luís – MA

Cosems – Mato GrossoW

*E-mails*: cosems@amm.org.br / cosems-mt@saude.gov.br

Telefax: (65) 3644-2406 / 2123-1238

Endereço: Av. Rubens de Mendonça, 3920, AMM, CPA

CEP: 78070-000

Cuiabá – MT

Cosems – Mato Grosso do Sul

*E-mail*: cosemsms@conasems.org.br

Telefone: (67) 3383-4069

Fax: (67) 3312-1108

Endereço: Rua Joel Dibo, 267, 2º Andar, Centro

CEP: 79002-060

Campo Grande – MS

Cosems – Minas Gerais

*E-mail*: cosemsmg@uai.com.br

Telefones: (31) 3287-3220 / 5815

Fax: (31) 3284-2423

Endereço: Av. Afonso Pena, 2300, 4º Andar, sala 402 / 404, Bairro Funcionários

CEP: 30130-007

Belo Horizonte – MG

Cosems – Pará

*E-mail*: cosemspa@bol.com.br

Telefones: (91) 3223-0271/ 3223-0271/ 3202-9610

Fax: (91) 3223-0271

Endereço: Av. Conselheiro Furtado, 1086, Nazaré

CEP: 68040-100

Belém – PA

Copasems – Paraíba

*E-mail*: copasems@saude.pb.gov.br

Telefones: (83) 3218-7366 / 7363 / 7414

Fax: (83) 3218-7463

Secretaria Estadual de Saúde

Endereço: Avenida Pedro II, 1.826, Torre

CEP: 58040-440

João Pessoa – PB

Cosems – Paraná

*E-mail*: cosems.pr@irapcodigoa.com.br

Telefone: (44) 3218-3150

Fax: (44) 3218-3150

Endereço: Avenida Prudente de Morais, 885

CEP: 87020-010

Maringá – PR

Cosems – Pernambuco

Telefone: (81) 3181-6122 / 6122

Fax: (81) 31816179

Endereço: Praça Oswaldo Cruz, s/n, FUSAN, Boa Vista

CEP: 50050-210

Recife – PE

Cosems – Piauí

*E-mail*: cosemspi@yahoo.com.br

Telefax: (86) 3211-0511

Endereço: Avenida Pedro Freitas, s/nº, Centro Administrativo

CEP: 64018-900

Teresina – PI

Cosems – Rio de Janeiro

*E-mail*: cosems@saude.rj.gov.br

Telefax: (21) 32240-3763

Endereço: Rua México, 128, sobre loja 1, sala 17, Centro

CEP: 21031-142

Rio de Janeiro – RJ

Cosems – Rio Grande do Norte

*E-mail*: cosemsrn@conasems.org.br

Telefone: (84) 3232-8169

Fax: (84) 3232-8487

Endereço: Rua João Pessoa, 634, salas 5 e 6, 15° andar, Centro

CEP: 59025-500

Natal – RN

Cosems – Rondônia

*E-mail*: afonso_cosems@yahoo.com.br

Telefax: (69) 3342-2316

Endereço: Esplanadas das Secretarias,Rua Padre Ângelo Cerri, S/Nº, Bairro Pedrinho

CEP: 78903-974

Porto Velho – RO

Cosems – Roraima

*E-mail*: semsa@technet.com.br

Telefaxes: (95) 3623-1970

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, 678, Centro

CEP: 69301-031

Boa Vista – RR

Assedisa – Rio Grande do Sul

Telefax: (51) 3231-3833 / 3230-3100

Endereço: Rua Marcílio Dias, 574, Bairro Menino de Deus

CEP: 90130-000

Porto Alegre – RS

Cosems – Santa Catarina

*E-mail*: cosems@saude.sc.gov.br

Telefones: (48) 3221-2385 – 3224-0267 – 3221-2242

Fax: (48) 3221-2029

Endereço: Rua Esteves Júnior, 160, 8° andar, Centro

CEP: 88015-130

Florianópolis – SC

Cosems – São Paulo

*E-mail*: cosemssp@saude.sp.gov.br

Telefones: (11) 3066-8259 / 8146

Fax: (11) 3083-7225

Endereço: Avenida Arnaldo, 351, 2º andar, sala 205

CEP: 01246-000

São Paulo – SP

Cosems – Sergipe

*E-mail*: cosemsse@conasems.org.br

Telefax: (79) 3214-6277

Endereço: Rua Maruim, 100, sala 15,

Galeria Interprise Center, Bairro Centro
CEP: 49010-160
Aracajú – SE

Cosems – Tocantins
*E-mail*: cosems@saude.to.gov.br
Telefones: (63) 3218-1782 / 3248 / 1742
Fax: (63) 3218-1782
Endereço: 3º Avenida, 320-CAB, Sede da UPB
CEP: 77003-900
Palmas – TO

## CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS)

### Competências

I - Funcionar como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações entre seus membros.

II - Implementar os princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar no desenvolvimento das ações dos serviços de saúde.

III - Promover o exercício das responsabilidades das secretarias de saúde junto aos órgãos do governo federal e municipal, do Poder Legislativo e da sociedade.

IV - Assegurar às secretarias municipais de saúde, por meio 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.

V - Encaminhar aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de Saúde em todo o território nacional.

VI - Estimular e intercambiar experiências quanto ao funcionamento dos Conselhos de Saúde.

VII - Promover estudos e propor soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da Saúde.

VIII - Orientar e promover a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor Saúde.

IX - Manter intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras de interesse para o setor Saúde.

### Contatos

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Anexo B, sala 148
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Telefones: (61) 3315-2206 / 2892 / 2865 – 223-2852

Fax: (61) 3315-2894
Internet: <http://www.conass.org.br>
*E-mails*: conass@saude.gov.br e conass@conass.org.br

## OUTROS ÓRGÃOS E COMISSÕES DE SAÚDE

### GABINETE DA PRESIDÊNCIA DA ANS NO DF:

Endereço: Setor de Autarquias Sul, Quadra 1, Bloco M, Edifício Libertas, 7º andar
CEP: 70070-935
Brasília – DF
Telefone: (61) 3213-3000

## 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 da 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, dentre 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.

HumanizaSUS

Fale conosco: humanizasus@saude.gov.br

Banco de Projetos do HumanizaSUS – Boas Práticas de Humanização na Atenção e Gestão do SUS: <www.saude.gov.br/humanizasus>

Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual da Saúde BVS: <www.saude.gov.br/bvs/humanizacao>

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ministério da Saúde, Edifício Sede, sala 954

CEP: 70058-900

Brasília – DF

Telefones: (55) 0 XX 61 3315-3680 / 3685 / 2782

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.

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) 3448-8900

Fax: (61) 3325-2067

Anexo C

# SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E BANCOS DE DADOS

## Banco de Preços em Saúde – BPS

É um sistema informatizado, alimentado pelas instituições cadastradas, que disponibiliza, via internet, os preços praticados por diversas instituições em suas aquisições de medicamentos, materiais médico-hospitalares e gases medicinais. O sistema oferece informações de preços e diversos relatórios gerenciais visando, não apenas, a divulgação dos valores de mercado, mas, também, auxiliar as instituições na melhor gestão de seus recursos financeiros e de seus produtos de saúde.

www.saude.gov.br/banco

## Caderno de Informações de Saúde

Disponibiliza indicadores pré-definidos por especialistas e apresenta gráficos para auxiliar a análise. Os indicadores estão agrupados em 14 categorias: identificação, demografia, saneamento, rede ambulatorial, rede hospitalar, assistência ambulatorial, assistência hospitalar, morbidade hospitalar, nascimentos, mortalidade, imunizações, atenção básica, pagamento e transferências, orçamentos públicos. 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>

## 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.

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

link Gestão do Trabalho – Sistemas de Informação – Conprof

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

## 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). Essa 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>

## 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 Banco de Dados da Autorização de Internação Hospitalar (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/rsmap.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 morbi-mortalidade 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 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

É o sistema que permite aos municípios e estados cadastrarem todos os estabelecimentos de saúde,

de qualquer esfera de governo, prestadores do SUS ou não. O cadastro é composto de recursos físicos e humanos existentes e disponíveis para o SUS, além de serviços especializados próprios ou terceirizados. É possível ainda que os próprios estabelecimentos realizem o seu cadastramento, que deverá ser enviado para o gestor para confirmação da veracidade dos dados *in loco*. O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIH) lêem a base do SCNES para efetuarem o processamento das produções ambulatoriais e hospitalares de forma consistente com a capacidade instalada informada no cadastro.
http://cnes.datasus.gov.br/
Lista de discussão: fces02@listas.datasus.gov.br
Fórum de discussão: <http://forum.datasus.gov.br>

## Sistema de Gerenciamento de Projetos e Atividades

Sistema organizado em rede, que possibilita o gerenciamento e o acompanhamento dos projetos e das 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.
cgmdi@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; à análise e à aprovação de pleitos e de projetos de cooperação financeira a serem atendidos pelo MS; à celebração de convênios em suas etapas de qualificação, formalização dos termos e publicação; ao 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 Ambulatorial (SIA)

É o sistema de informação onde os estabelecimentos de saúde prestadores do SUS, devidamente cadastrados no SCNES, informam sua produção ambulatorial através dos instrumentos Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) – consolidado e individualizado – e Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (Apac). Esse sistema tem um aplicativo chamado Ficha de Programação Orçamentária (FPO) na qual os gestores programam a assistência ambulatorial para cada um dos estabelecimentos sob sua gestão. Os gestores também podem descentralizar a atribuição desta programação para os estabelecimentos públicos. Este sistema lê a base do SCNES para consistir a programação e a produção. O resultado do processamento informa valores brutos para o processo financeiro providenciar os empenhos e pagamento dos prestadores que recebem por produção.
<http://sia.datasus.gov.br>
Fórum para discussão: <http://forum.datasus.gov.br>

## Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

O sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) tem por objetivo o registro e o processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo 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 dados dentro de sistema de informação em saúde. A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) trabalha para a promoção e a 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 de controle de doenças e agravos, bem como a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

Doenças de notificação compulsória"

Mais informações no endereço <www.saude.gov.br/sinanweb>

## 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 de Beneficiários de planos privados de saúde

O Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) foi criado em 1999. Contém dados fornecidos mensalmente pelas operadoras de planos privados de saúde sobre a movimentação de inclusão, alteração e cancelamento de beneficiários. No SIB estão cadastrados os vínculos de beneficiários

com planos de saúde. Um indivíduo pode possuir mais de um plano e assim constar no sistema tantas vezes quantos forem os vínculos que possuir com planos de saúde. Entre outras aplicações, os dados de beneficiários constantes no SIB possibilitam estudos e estatísticas que subsidiam a política regulatória e a política pública de saúde, bem como o ressarcimento ao SUS dos serviços de saúde prestado pelo sistema público a beneficiários de planos privados de saúde. Dados sobre beneficiários estão disponíveis no sítio da ANS (<www.ans.gov.br>) pelo tabulador ANS TABNET e nas publicações do Caderno de Informação da Saúde Suplementar – beneficiários, operadoras e planos.

## 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, a eliminação e/ou a 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)

Complexo de programas de processamento de dados destinados a auxiliar a operacionalização, o controle e a gestão do atendimento hospitalar do SUS, realizados pelas secretarias municipais, em gestão plena municipal, e pelas secretarias estaduais. É gerenciado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), e suas informações estão disponíveis na página do DATASUS, cobrindo em torno de 70% das internações realizadas no País. Seu documento básico é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Inicialmente produzido para controlar e fiscalizar as internações hospitalares, é principalmente um instrumento para pagamentos. Entretanto, a quantidade de informações disponibilizadas pelo SIH permite que estudos epidemiológicos venham se utilizando cada vez mais de seus dados. Esse sistema, implantado em 1990, e até então processado exclusivamente no âmbito federal, está sendo descentralizado, de forma a abranger também as esferas estadual e municipal (municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal), ampliando a autonomia dos gestores municipais e estaduais no processamento das informações relativas a internações hospitalares, do cadastramento ao pagamento das Autorizações de Internação Hospitalares (AIHs). A descentralização desse sistema possibilita, entre outros benefícios: 1) ampliar a autonomia do gestor local; 2) garantir instrumento de auxílio para as ações de regulação, contro-

le, avaliação e auditoria; 3) dar conhecimento, aos gestores locais, das informações de internações com agravos de notificação para avaliação e tomada de decisão da vigilância epidemiológica; 4) a realização, pelos gestores, do processamento integral da produção hospitalar dos estabelecimentos públicos de Saúde, contratados e/ou conveniados ao SUS; 5) a disponibilização, aos gestores, de relatórios contendo informações dos valores brutos da produção, subsidiando o setor financeiro da SES/SMS e viabilizando o relatório de pagamento dos prestadores; 6) o armazenamento dos dados das internações hospitalares; 7) o cálculo do valor global produzido pelos prestadores e o acompanhamento dos tetos financeiros estabelecidos na programação.

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=361A3B367C5D467E2F367G11H0I1Jd3L1M0N&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VAba=0&VCoit=467>

## Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD)

É o sistema de informação em que os estabelecimentos de saúde prestadores do SUS, devidamente cadastrados no SCNES, informam sua produção hospitalar por meio do SISAIH 01, aplicativo de captação de digitação das internações. Este sistema lê a base do SCNES para consistir com os CBO dos profissionais, especialidades dos leitos e serviços especializados. O resultado do processamento informa os valores para o financiamento providenciar os empenhos e o pagamento dos prestadores que recebem por produção.

http://sihd.datasus.gov.br

Lista de discussão: descentralizacao.aih@listas.datasus.gov.br

Fórum de discussão: <http://forum.datasus.gov.br>

## Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Implantado em 1977, entrou 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).

<http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00_sim.htm> <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmap.htm> e <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 nacional, 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> <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 do 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)[11]. 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 Organização para Modelos Assistenciais do SUS (SomaSUS)

Ferramenta que objetiva facilitar o planejamento e a gestão em saúde, em todas as esferas de governo, apoiando gestores no dimensionamento das necessidades de obras e aquisições de equipamentos e materiais permanentes dos estabelecimentos assistenciais de saúde. Baseado em resoluções, portarias e documentos do Ministério da Saúde (MS), o SomaSUS auxilia na elaboração de projetos de investimento e permite que os pleitos apresentados pelos gestores reflitam melhor as realidades locais, agilizando os processos de análise técnica, aprovação de projetos e consolidação de convênios junto à esfera federal. Trata-se de uma ferramenta gratuita e de fácil acesso.

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

## 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 a macroalocação de recursos e a 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, em que são explicitadas as referências intermunicipais e/ou interestaduais.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/CPA/default.htm>

1 BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000.

## 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 13 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. Para mais informações consulte: <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, das 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 Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras)

Projeto de integração de ações e serviços de saúde nas regiões fronteiriças do Brasil, instituído pela Portaria GM nº 1.120/05. Contribui para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos 121 municípios fronteiriços brasileiros, sendo importante estratégia para uma futura integração entre os países da América Latina.

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

## Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (Sipar)

É um sistema de controle documental que facilita a tramitação e o acesso aos documentos recebidos e produzidos pelo Ministério da Saúde (MS). Foi implantado em 2000 e, a partir de dezembro

de 2001, iniciou-se sua implantação nos núcleos estaduais. A pesquisa ao sistema é realizada pelo número do registro do Sipar e ano, ou pelo setor/área interessada.

<http://portal.saude.gov.br/Sipar/index.cfm>

## Sistema Nacional de Informações para Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS)

Sistema elaborado para compor o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) e implementado pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). Um dos principais objetivos deste Sistema é a construção de um banco de dados sobre o contingente de trabalhadores do SUS, interligado entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), fornecendo, portanto, importante subsídio no planejamento e acompanhamento da política de gestão do trabalho em todo o sistema público de saúde. O InforSUS foi instituído formalmente pela Portaria MS/GM nº 2.261, de 22 de setembro de 2006, que no seu Art. 2º, componente IV, parágrafo 2º assim se expressa: "O InforSUS, instituído e gerenciado pelo Ministério da Saúde e alimentado periodicamente pelos seus participantes, será integrado por um conjunto de dados sobre a gestão do trabalho, definidos pela Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP)" (BRASIL, 2006, art. 2).

Comissão Intergestores do ProgeSUS; Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

## Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Sisnep)

Sistema de informações, via internet, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, 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://portal.saude.gov.br/sisnep/>

## 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>

Anexo D

# 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, eqüidade e integralidade da saúde. É responsável pela realização dos Congressos Internacionais da Rede Américas, 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 BiblioSUS

A Rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde – Brasil (Rede BiblioSUS) objetiva ampliar e democratizar o acesso às informações em Saúde Pública. Atua por meio da disseminação e distribuição de publicações técnico-científicas, normativas, educativas e culturais, com economia de recursos, multiplicidade de opções bibliográficas e eficácia de resultados. Suas metas principais são três: aperfeiçoamento da gestão da informação; registro e difusão do conhecimento em saúde; integração em projetos de documentação, comunicação e informação, desenvolvidos pelo governo. O cadastro das unidades de informação na Rede BiblioSUS pode ser feito por meio do *site* <www.saude.gov.br/bibliosus>.

## 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 co-responsabilidade que contribua para a qualificação do processo de descentralização do 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

## Rede de Escolas Técnicas do SUS

É uma rede criada para facilitar a articulação entre as Escolas Técnicas do SUS e fortalecer a educação profissional em saúde no Brasil. É um espaço de troca de informações e experiências, compartilhamento de saberes e mobilização de recursos. Engloba 37 escolas públicas: 34 ligadas a secretarias estaduais de saúde, duas ligadas a secretarias municipais de saúde e apenas uma ligada à esfera federal, situada na Fundação Oswaldo Cruz. Todas são voltadas para a formação de trabalhadores de nível médio em saúde. A Rede tem uma comissão geral de coordenação, da qual participam representantes das ETSUS das cinco regiões brasileiras, do Conass, do Conasems e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), e que é presidida pelo Coordenador de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

Para mais informações consulte: <www.fiocruz.br/epsjv/retsus>

## 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 e 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 Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)

Foi instituída em 1996 pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Opas, para promover o aperfeiçoamento de informações sobre a situação de saúde e suas tendências, no Brasil, mediante esforços colaborativos entre as instituições que se destacam na produção, análise e disseminação de dados sobre o tema. Estão representadas nesta rede cerca de 30 instituições governamentais, não governamentais e acadêmicas que atuam em parceria na elaboração de produtos de interesse comum, definidos consensualmente. O principal produto da Ripsa é um conjunto de indicadores e dados básicos (IDB) sobre a situação nacional de saúde e seus fatores determinantes, com o propósito de subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde. O IDB é apresenta-

do em base eletrônica própria na página do DATASUS, atualizada e revisada anualmente. Os dados mais recentes são apresentados, também, em folheto impresso, que, a cada ano, contém ilustrações sobre um tema de saúde pública selecionado. Na Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), instância máxima da Ripsa, estão representadas as principais instituições integrantes da rede, para deliberar sobre a condução estratégica e o planejamento técnico-participativo do processo. Existem, ainda, os comitês de gestão de indicadores (CGIs), que se ocupam da revisão e atualização das bases de indicadores nas categorias: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos, cobertura. Outras instâncias organizativas da Ripsa são os comitês temáticos interdisciplinares (CTIs), criados temporariamente para analisar questões específicas demandadas pela OTI. A base de dados da Ripsa apresenta os indicadores desagregados por unidade geográfica, idade e sexo, entre outras variáveis aplicadas a casos específicos. Inclui, ainda, uma informação técnica sobre cada indicador (ficha de qualificação), contendo os critérios adotados para a conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de dados, método de cálculo e categorias de análise, além de dados estatísticos e comentários que ilustram seu uso. A publicação "Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações" apresenta os conceitos básicos adotados, a matriz de indicadores, as fichas de qualificação e as fontes de informação dos indicadores.

<www.saude.gov.br/ripsa> e, para acessar os dados, consulte a página do DATASUS <www.datasus.gov.br/idb>.

### 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 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 na 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 usada para 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 a 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, ACS, 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

### Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS)

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

Endereço da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS MS) que resultou de parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Saúde (Bireme/Opas). Por meio de serviços e pesquisas em bases de dados e visualização de publicações, independentemente de sua localização física, a BVS MS oferece acesso ágil e democrático às informações do MS. Objetiva cooperar na coleta, organização e disseminação de informações sobre o setor Saúde, permitindo aos usuários acessar informações geradas, atualizadas e armazenadas de acordo com metodologias comuns à rede formada pelas entidades que integram a Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVS SP), esta localizada no endereço <http://www.saudepublica.bvs.br>. Estão disponíveis na BVS MS cartazes, vídeos, atos normativos e publicações periódicas e avulsas, em texto integral produzidos pelo MS, eventos em saúde, artigos de interesse para o setor e informações direcionadas aos profissionais e usuários do SUS. Seu diversificado conteúdo está organizado nos seguintes módulos: "Serviços", "BVS Temas", "Destaques", "Áreas temáticas BVS MS" e "Fontes de informação". Nessa última, encontramos, sob o título "Bibliotecas Virtuais", uma relação de links de acesso às BVS que compõem a rede, e que são as seguintes: BVS Adolescência, BVS Aleitamento Materno, BVS Bioética, BVS Ciência e Saúde, BVS Doenças Infecciosas e Parasitárias, BVS Doenças não Transmissíveis, BVS Economia da Saúde, BVS Educação em Ciências da Saúde, BVS Educação Profissional em Saúde, BVS Enfermagem, BVS Gestão de Ambientes Aprendizes, BVS História da Saúde e da Medicina, BVS Homeopatia, BVS Instituto Evandro Chagas, BVS Odontologia, BVS Psicologia, BVS Saúde Pública, BVS Toxicologia e BVS Vigilância Sanitária.

### Biblioteca Virtual em Saúde – Saúde Pública/Brasil (BVS SP)

<http://saudepublica.bvs.br>

Acesso à Biblioteca Virtual em Saúde – Saúde Pública/Brasil (BVS SP), que objetiva promover o acesso *on-line* eficiente, universal e eqüitativo às informações científicas e técnicas relevantes para o desenvolvimento da Saúde. A BVS SP – Brasil envolve a operação cooperativa e descentralizada de uma rede de fontes de informações científicas e técnicas em saúde pública, operadas na internet por produtores, integradores e intermediários, obedecendo a controles de qualidade e metodologias comuns. A BVS SP – Brasil inclui, além dos serviços tradicionais de acesso à literatura científica, listas de discussão, acesso às legislações estadual e municipal, modelos de ações, notícias e o estímulo à participação das comunidades. Também é um espaço voltado ao desenvolvimento de um programa de capacitação de produtores, intermediários e usuários na operação da BVS SP – Brasil, por meio de cursos presenciais ou conduzidos à distância, pela internet. Resultou de parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), representação Brasil pela Bireme.

### Biblioteca Virtual em Saúde/Bireme

<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 da Saúde), Desastres (acervo do Centro de Documentação de Desastres), dentre outras.

### Scientific Electronic Library Online (Scielo)

<http://www.scielo.br>

*Site* do Scielo, no qual 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

A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da Opas/OMS no Brasil. Atualmente, é coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do MS, e compõe um projeto de âmbito continental da Opas, já implantado em 23 países das Américas. É composta por Estações de Trabalho, que são instituições com atividades permanentes de ensino, pesquisa e serviços na área de recursos humanos e tem como propósito geral produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde, no País, facilitando a melhor formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos dessa área. Além disso, espera-se que a Rede também contribua para o desenvolvimento de processos de controle social, sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho, no campo da saúde. As Estações de Trabalho, a SGTES/MS e o Programa de Recursos Humanos da Opas estão interligados à internet, por meio de seus respectivos endereços eletrônicos. São seus objetivos: monitorar os fluxos da oferta e demanda da força de trabalho do setor e das profissões e ocupações de saúde (formações, empregos e salários); analisar o desenvolvimento de estratégias e metodologias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; acompanhar os processos de mudanças das relações de trabalho e de emprego no setor da Saúde; desenvolver estudos, metodologias e indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança do trabalho em saúde (produtividade, avaliação de desempenho, qualidade dos serviços); fomentar o desenvolvimento de mecanismos de gerência da força de trabalho, especialmente nos aspectos relativos à contratação, remuneração e incentivos de formação e educação permanentes; acompanhar as demandas da regulação e exercício profissional e das profissões e ocupações na área de Saúde; acompanhar as necessidades de formação profissional (educação técnica, graduação e pós-graduação) para o SUS; acompanhar as demandas e os sinais de mercado de trabalho e emprego das profissões técnicas da saúde.

Para mais informações consulte: <http://www.opas.org.br/rh/redes.cfm?id_rede=11>

# Equipe Técnica

**Edição geral e de textos**
Luís André do Prado

**Revisão de textos**
Maria Alejandra Schulmeyer

**Projeto gráfico**
Formatos design gráfico

**Ilustrações**
Fernando Lopes
(Ilustração da página 112 baseada em foto de Carlos Moura e ilustração da página 144 baseada em foto de Ricardo Borba)

**CD-ROM**
Formatos design gráfico

**Agradecimentos a todas as Secretarias e Órgãos do Ministério da Saúde envolvidos com a construção dessa publicação, bem como ao grupo articulador que trabalhou para que essa obra fosse constituída desde a sua primeira edição.**

**Esta publicação foi realizada com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS).**

## Ficha de Avaliação

Colabore com a próxima edição da publicação **"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 Freqüentemente (  ) 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
11825/2003-DR/BSB
MINISTÉRIO SAÚDE
CORREIOS

**CARTA RESPOSTA**
NÃO É NECESSÁRIO SELAR

O selo será pago por
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

AC CRUZEIRO VELHO
70649-970 Brasília – DF

Corte Aqui