

# SUS

O que você precisa saber sobre  
o Sistema Único de Saúde

**Volume I**

1ª edição

**Associação Paulista de Medicina**

São Paulo 2000

**ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA**

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 278, Bela Vista

CEP 01318-901 – São Paulo – SP

Tel. (11) 3188-4200

E-mail: [apm@apm.org.br](mailto:apm@apm.org.br)

Home page: [www.apm.org.br](http://www.apm.org.br)

**CONSELHO EDITORIAL**

**Luiz Antonio Nunes**, presidente do Departamento de

Medicina Social da Associação Paulista de Medicina

**José Luiz Gomes do Amaral**, presidente da Associação Paulista de Medicina

**Roberto de Mello**, 1º vice-presidente da Associação Paulista de Medicina

**Horácio José Ramalho**, diretor-adjunto de Economia Médica da Associação Paulista de Medicina

**Paulo Eduardo Elias**, professor do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP

**Participação**

Departamento de Comunicações

Departamento de Economia Médica

Departamento de Medicina Social

Departamento de Marketing

Presidência da APM

Arte, Impressão e Acabamento: Editora Raiz – Tel. 270-8561

Revisão: Ruth Cordeiro

Capa: Marco Aurélio Vieira

Impresso no Brasil - 2000

# Índice

Prefácio.....	6
Uma Visão do SUS, texto do Prof. Dr. Paulo Eduardo Elias.....	8
Legislação e normas pertinentes ao SUS.....	20
Constituição Federal.....	21
Constituição do Estado de São Paulo.....	28
Lei nº 8.080.....	35
Lei nº 8.142.....	55
Lei Orgânica do Município de São Paulo.....	58
NOB/96.....	64
Conselho de Saúde: funções e atribuições.....	114
Bibliografia.....	130

## Perguntas mais freqüentes

1. O que é o SUS (Sistema Único de Saúde)?.....	pág. 8 a 19
2. O que é o C.M.S (Conselho Municipal de Saúde)?.....	pág. 114 a 130
3. O que é o C.E.S. (Conselho Estadual de Saúde)?.....	pág 103 a 108
4. O que é o C.N.S. (Conselho Nacional de Saúde)?.....	pág. 74 a 78
5. Em quais áreas ou programas o seu município pode se integrar ao SUS?.....	pág. 98 a 102
6. Como são distribuídas e como conseguir as verbas do SUS?.....	pág. 82 a 97

# O Sistema Único de Saúde

**José Luiz Gomes do Amaral**

É evidente que não basta conceber uma boa idéia, elaborar um plano inteligente. Tem-se que torná-lo operacional, fazê-lo realidade.

Poucas propostas têm sido tão elogiadas e tão merecidamente elogiadas quanto o SUS. Entretanto, como tantas outras boas idéias, encontra-se também o SUS ainda longe do projeto que o descreve. Construí-lo a partir do papel, fazê-lo avançar, aperfeiçoá-lo, moldando-o às necessidades particulares das diversas regiões deste nosso país continental, exige a conjunção dos esforços de to-

dos os brasileiros.

O primeiro passo é conhecer o SUS em extensão e profundidade. Compreendê-lo será fundamentar a discussão em torno deste tema.

*“SUS – O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde”* inclui, além da legislação pertinente, uma análise crítica do Sistema e espaço para dúvidas e esclarecimentos. É uma publicação periódica, que pretende dar atualização, dinamismo e objetividade às discussões sobre este tema. *“SUS – O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde”* representa a visão do médico e destina-se, não exclusiva, mas particularmente a ele. O médico tem de conhecer o SUS. Entre os brasileiros, encontramos-nos em privilegiada posição para intervir nesse processo.

Cidadãos e técnicos da saúde, temos aliados o profundo conhecimento da matéria e a experiência clínica acumulada no convívio com nossos pacientes em consultórios, ambulatórios, laboratórios e hospitais. Isso nos permite ver com clareza e definir com acerto as prioridades. Temos ainda a oportunidade de informar com propriedade e assim transferir instrumentos para que a Sociedade possa também, melhor aparelhada, exercer seu fundamental papel.

Mãos à obra, este é o momento!

## Uma Visão do SUS

**Paulo Eduardo Elias\***

### **O que significa o SUS? Qual a sua concepção?**

A consolidação da saúde como política se dá depois da Segunda Guerra Mundial com o advento do “Estado de Bem-Estar Social” e dos sistemas de saúde na Europa e nos Estados Unidos. Antes disso a saúde apresentava uma expressão muito setorial e não tinha a importância econômica que veio a ter com a era de ouro do capitalismo e o advento do sistema de bem-estar social.

Ela começou a ser olhada pelos governos e, ao ser olhada desse jeito, um dos problemas centrais da saúde foi a forma de alocação de recursos. Como se alocam os recursos? Para que você oferece? Em dois termos, o que e o como. Sabemos que temos duas modalidades importantes de alocação de recursos na sociedade: uma é o Estado e a outra o Mercado. São formas diferentes de alocação de recursos, sem que haja necessidade de juízos de valor comparativos entre elas, isto é, a afirmação de superioridade de uma sobre a outra.

É sabido que a alocação de Mercado tem uma excelência e uma qualificação muito boa, se você está em busca de efetividade. Portanto, a alocação de mercado não se destina à promoção da equidade. É importante termos claro em que contexto a saúde começa a ser concebida dessa nova maneira. O Sistema Nacional de Saúde Inglês, fundado em 1948, consubstancia essa mudança. De lá para cá, o problema da saúde só cresceu e hoje, envolve uma quantidade muito grande de recursos.

Os Estados Unidos consomem em torno de 14% do PIB em saúde, por ano, somando 1 trilhão de dólares/ano em gastos público e privado. Os países da OCDE/Comunidade Européia gastam em torno de 6% a 10% do PIB em saúde. São quantias realmente expressivas e os economistas começaram a olhar bastante para a saúde, e a questão subjacente diz respeito ao fato da racionalidade do sistema também dizer respeito à alocação desses recursos.

Quando se compara sistemas de saúde, tem-se que

tomar certas cautelas. Por exemplo, comparar o sistema de saúde americano com o brasileiro requer enormes cautelas, até pelo montante de recursos que são absolutamente diferenciados. A disponibilidade de recursos que está alocada no sistema de saúde guarda relação com a disponibilidade tecnológica. Se fala muito que no Brasil a saúde está em crise. Sou daqueles que acham que a saúde no Brasil não está em crise. Pelo menos essa palavra não está apropriada para designar a situação na qual nos encontramos hoje.

Crise dá a idéia de um fenômeno que vem se desenvolvendo e que, de repente, apresenta uma inflexão positiva e negativa, com duração pequena no tempo. Geralmente traduz a idéia de uma situação conjuntural, e no caso brasileiro o que se nos apresenta são problemas de componentes muito mais estruturais do que os conjunturais. Temos problemas conjunturais, mas o que persiste são os estruturais, que não estão sendo tocados.

As intervenções governamentais têm sido conjunturais, quem as formula sabe que a formulação é conjuntural, apesar de vender para a sociedade que os problemas estruturais estão sendo atacados. E isso não está acontecendo, pois a intervenção vai durar apenas um certo tempo e depois se esgota para dar lugar a uma segunda intervenção conjuntural, e assim se vai procrastinando a situação. Portanto, a palavra crise é inapropriada, porque desde os anos 70 que se fala na crise da saúde. Uma crise que tem quase 30 anos de duração não pode mais ser chamada assim, porque não expressa a realidade e, ao não expressá-la, esconde politicamente esses problemas estruturais que devem ser atacados.

Os problemas são os que estão lá na raiz da constituição do Sistema de Saúde Brasileiro, isto é, desde 1923. A saúde no Brasil nunca foi pensada como um direito. Ao contrário, a formulação do Sistema de Saúde que nós temos foi pensada como um seguro, vinculado ao mundo do trabalho. Por isso a saúde foi pensada como assistência médica e nasceu vinculada à Previdência Social. Estou me referindo à Lei Eloi Chaves de 1923, que foi a primeira intervenção do Estado brasileiro para assegurar algum tipo de seguridade ou de seguro social

ou de previdência social no Brasil.

A saúde nasce vinculada ao mundo do trabalho, portanto no âmbito da previdência, assim concebida está apartada das ações coletivas da saúde. Temos aí 60 anos de cultura, que não reverte do dia para a noite, escrevendo uma Constituição Federal. Então este é um problema estrutural da saúde brasileira, ela nasce dessa forma e isso é uma forma mercantilizada de conceber a saúde. A saúde foi concebida como se fosse uma mercadoria. Os sistemas de saúde dos países europeus, no contexto do Estado de Bem-Estar Social, desmercantilizaram algumas necessidades sociais: saúde, educação e previdência. No Brasil nunca tivemos algo semelhante. Estou enfatizando muito isso para entendermos, ou pelo menos termos noção, do por que há coisas escritas na Constituição que não se efetivam no cotidiano das pessoas.

A explicação está nesses problemas estruturais que existem no campo da saúde. A saúde, no aspecto cultural, nunca foi pensada numa perspectiva sistêmica no Brasil, como se fosse um sistema de saúde. Curioso é que, hoje, isso não é pensado sequer no plano municipal e no estadual. Na hora de formular as políticas de saúde, se faz uma dicotomia entre o espaço que é público e o que é privado, não se tem essa visão sistêmica.

Hoje nós temos, por exemplo, problemas em algumas áreas do sistema supletivo de assistência médica, representados pelos Planos de Saúde, Cooperativas, Autogestão e Medicina de Grupo, mas principalmente nas Cooperativas, porque estas modalidades de produção de serviços também não conseguem ter uma visão sistêmica da assistência à saúde. Esse fato configura um outro problema estrutural que temos. Outra das afirmações muito corrente é dizer que o SUS está falido. O SUS não está falido. A despeito dos problemas enormes que o SUS tem e que precisam ser corrigidos, distorções de toda ordem, técnica e gerenciais, ele não é um sistema falido, porque não está falido um sistema que produz 12 milhões de internações por ano, que propicia mais de 2 milhões de partos e possui cerca de 6 mil hospitais contratados. Gerir isso, num país extremamente heterogêneo, não é fácil. Esse sistema não está falido.

Então está bom? Não, não está bom. O que é o SUS? Algumas correntes de pensamento vendem o SUS como uma coisa acabada e começam a fazer comparações. O SUS são princípios e diretrizes. O SUS fundamenta-se em três princípios: universalidade, igualdade e equidade. A equidade como princípio complementar ao da igualdade significa tratar as diferenças em busca da igualdade. As diretrizes do SUS são três: descentralização, participação da comunidade através dos Conselhos de Saúde e o atendimento integral, ou seja prover as ações curativas e as ações preventivas necessárias. Vimos que o SUS não está acabado, pois ele se apresenta enquanto princípios. O SUS delinea **o que fazer**, mas não diz **o como se faz** e muito menos **para quem se faz**.

Essas questões estão em aberto. Seria muito conveniente que as entidades médicas, como a APM, dissessem qual a proposta dos médicos para a implementação do SUS. Vários caminhos levam à universalidade, à igualdade, que é o objetivo último do SUS. Saber se uma ação se enquadra ou não no SUS requer o exame de sua abrangência em termos da sua universalidade, ou seja, se ela contempla a universalidade, então contempla o SUS, se ela atende a igualdade, pertence ao SUS. Não importa quem está prestando essa ação, se é uma instituição governamental ou privada.

É um engano imaginar um sistema de saúde que só trate da questão estrita da assistência médica, ele tem de apresentar uma concepção mais ampla. É claro que o objeto fundamental dele vai ser o cuidado com a saúde das pessoas, que vai além da assistência médica, tem outras dimensões, mas ele tem de procurar contemplar o contexto social no qual está inserido. Por exemplo, no Brasil um dos principais problemas da sociedade é a desigualdade e é a exclusão social. Assim, ao se delinear o **como fazer**, tem de incorporar esses elementos, para ter eficácia social, que é outro conceito não muito difundido entre nós. No Brasil, não se pensa socialmente, não se formula socialmente e ainda nos encontramos em estágios muito elementares no que toca às políticas de saúde. Pois, as políticas de saúde são apropriadas pelos governos, como se fossem deles e não da sociedade, para o

bem e para o mal, não importa. As políticas não são dos governos, são da sociedade.

Os governos devem servir à sociedade e não servir-se dela. Se não corrigirmos os problemas estruturais que temos, não vamos poder agir adequadamente. Iremos manter as incríveis descontinuidades nas políticas de saúde. A descontinuidade por si constitui um fator impeditivo de se ter algum impacto positivo na saúde da população. Temos exemplos no Brasil de continuidades que dão resultados, ainda que tecnicamente se poderia aprimorar em muito essas experiências de êxito. Chamo a atenção para o fator continuidade, quando uma política é comprometida com os interesses da sociedade. Só o fator continuidade já é meio caminho andado, a descontinuidade é muito ruim.

A descontinuidade se caracteriza pelas situações nas quais um governo implementa uma determinada política e o seu sucessor a desfaz, e assim por diante. Essa dinâmica perversa não pode mais ser tolerada, pois atinge os interesses da sociedade brasileira. Os governos não podem se apropriar das políticas, como se elas fossem propriedades deles. Contudo, há que se creditar o mérito político da iniciativa. O Qualis é uma iniciativa louvável, tem que ser dado o crédito para o governo que teve essa iniciativa. Agora, isso não pode ser do governo que teve essa iniciativa. Senão, o próximo governo vai tender a desativá-lo, atendendo simplesmente à lógica da reprodução política.

O grande exemplo de uma política estável nos é fornecido pelo sistema nacional de saúde inglês. Criado pelos trabalhistas, mesmo tendo os conservadores, no final dos anos 70, ocupado por 17 anos o poder, não mexeram nos pilares fundamentais desse sistema. E a concepção do sistema de saúde inglês afrontava intensamente o ideário liberal. Isso é muito importante para entendermos o ideário que rege os fundamentos básicos do SUS. Um desses fundamentos é a racionalização do sistema de saúde. Contudo, a disputa se dá em como se promover esse postulado.

Os médicos devem ter a sua proposta de como fazer o SUS, como chegar à universalidade. E para isso devem

defender os interesses da corporação médica, aliás que são legítimos. Contudo é necessário negociá-los com a sociedade. A representação gráfica da pirâmide do sistema de saúde foi disseminada pela Organização Panamericana de Saúde por toda a América Latina. Portanto, em qualquer país latino-americano já se ouvir falar sobre isso, muitos profissionais de saúde conhecem.

O modelo da pirâmide foi inspirado no sistema nacional de saúde inglês. Ele orienta boa parte das medidas de racionalização no sistema de saúde: primário, secundário e terciário. Essa organização pode ter um impacto fantástico. A diferença da assistência primária para a secundária ou para terciária refere-se praticamente a três eixos: 1) **A incorporação de tecnologia material.** Cada sistema de saúde vai dizer respeito a uma dada realidade. A disponibilidade tecnológica de cada país será importante parâmetro para definir a incorporação de equipamentos nos diversos níveis assistenciais. Assim, a atenção primária incorpora pequena densidade de tecnologia, e isso é variável, de país para país, e, no caso do Brasil, de região para região. A atenção primária na Região Metropolitana de São Paulo incorpora um grau de tecnologia que é substancialmente diferente daquela incorporada pela atenção primária no interior do Ceará. Isso porque a oferta de tecnologia nessas duas situações são diferentes.

Mesmo no Estado de São Paulo, temos variações, apesar da vantagem apresentada pelo seu grau de maior homogeneidade, à exceção do Vale do Ribeira. Isso não é de menor importância quando se fala em formulação e em implementação de política. Uma coisa é trabalhar em situação mais homogênea, outra coisa é trabalhar em situações extremamente heterogêneas. A incorporação tecnológica do nível primário é pequena, no secundário é de maior densidade e no terciário é ainda mais densa. 2) **A capacitação profissional,** e essa não diz respeito à sua qualificação em ótima ou ruim, mas, sim, ao tempo gasto na formação do profissional, isto é, o tempo socialmente relevante e diferenciado. 3) **O perfil de morbidade.** Teríamos no nível primário, as doenças mais corriqueiras. Esse é o perfil de doença que vai ser atendido na atenção primária que seja resolutive. O secundário ficaria com um

padrão intermediário e o terciário com as situações mais complexas. A capacitação do profissional na atenção primária, o médico saindo da graduação ou cursando apenas um ano de residência, é suficiente para uma capacitação razoável no atendimento do perfil da demanda em atenção primária. O médico não precisa ficar cinco anos fazendo uma formação pós-graduada, para atender na atenção primária.

Na atenção secundária, o médico precisará ter seis anos de graduação, mais dois ou três de residência, porque se abarcaria as chamadas especialidades básicas: clínica, pediatria, ginecologia-obstetrícia e a cirurgia geral. No terciário, temos a chamada subespecialidade. É o caso da neurocirurgia, para que se garanta a autonomia do profissional médico é necessário quatro a cinco anos de residência. Na irracionalidade apresentada pelo Sistema de Saúde Brasileiro, esse profissional vai ser desqualificado pelo mercado de trabalho. Como ele é desqualificado? A desqualificação não é, como se possa imaginar, pela ótica da remuneração, ou seja, por se pagar pouco para o profissional. Isso caracteriza má remuneração, não desqualificação profissional. Desqualificação é utilizar um neurocirurgião na atenção primária, porque ele teve uma qualificação de cinco anos para realizar outro tipo de procedimento, e que não precisaria para atender no nível básico, cujo requisito é no máximo um ano de residência. No Canadá essas coisas não acontecem. Eles não formam um neurocirurgião para trabalhar só 20% do tempo como neurocirurgião e os outros 80% em outras atividades. No Brasil isso ocorre e assim o mercado de trabalho acaba desqualificando esse profissional.

A idéia básica da organização do sistema de saúde é fazer com que o doente entre pela atenção primária. Aquilo que não se consegue resolver nesse nível será encaminhado para o secundário, que por sua vez irá referir para o terciário as situações nas quais não está capacitado a atender. A idéia de adstrição de clientela só funciona se o serviço souber exatamente qual é a população que ele vai atender. A idéia é a da construção do chamado SILOS - Sistemas Locais de Saúde. Os serviços de atenção primária delimitados territorialmente

se reúnem para dar escala para o nível secundário. Por sua vez, um grupo de serviços secundários se reúne para dar escala para o nível terciário.

É evidente que o gasto que se tem com o nível de atenção é proporcional à sua complexidade tecnológica. Temos que ter cuidado com atendimentos de patologias mais simples em serviços tecnologicamente mais complexos. Isso porque elas não necessitam dessa tecnologia para serem atendidas. A finalidade não é simplesmente a economia do gasto, mas a alocação segundo o critério de adequação à necessidade do procedimento a ser realizado. O nosso sistema apresenta enorme grau de irracionalidade em relação a esse quesito. Classicamente, 20% dos gastos em média do sistema de atendimento à saúde são com medicamentos, e os 80% restantes com investimento, pessoal e tecnologia. No caso brasileiro, geralmente o paciente passa pelo serviço, pode ter o diagnóstico muito bem feito, preciso, mas não recebe o medicamento. Como ele não tem condições de comprar a medicação, do ponto de vista social, todo o procedimento de atendimento fica comprometido e a sua eficácia social foi nula. Gastamos 80% e não demos os 20%, que resultariam na sua eficácia.

Esse aspecto é muito pouco discutido e só agora o problema dos medicamentos está vindo à tona, está sendo colocado como problema do Estado brasileiro, ainda que da perspectiva de mercado. Não está incorporado no sistema a prática de se disponibilizar o medicamento. Isso acontece tanto no sistema público como no sistema supletivo de assistência médica. Se pensarmos socialmente, não faz sentido as pessoas passarem por um sistema de qualificação de diagnóstico e não poderem usar os medicamentos.

É preciso assinalar que não temos um sistema de saúde, aliás a palavra sistema nem se aplica no caso brasileiro, porque a palavra sistema invocaria uma série de organismos que trabalhariam em conjunto, para uma mesma finalidade. Existem dois sistemas: um governamental, chamado Sistema Único de Saúde, e um privado, chamado Sistema Supletivo de Assistência Médica, e uma espécie de muro, semelhante àquele que existe

em Berlim, separando os dois sistemas.

O SUS possui uma rede própria e uma rede contratada. A rede própria é composta por hospitais federais, cada vez em menor número (porque eles estão sendo repassados aos Estados e aos Municípios), uma rede estadual e uma rede municipal. Possui também uma rede contratada, composta por um segmento lucrativo e um segmento não lucrativo (as chamadas filantropias). No segmento lucrativo, o setor mais atrasado do ponto de vista capitalista foi o que se manteve no SUS, ou seja, na média o segmento mais moderno e avançado, do estrito ponto de vista capitalista se descredenciou do SUS e passou, nos anos 80, a compor o Sistema Supletivo de Assistência Médica. Portanto, quem se pautava pelo ganho de produtividade, de escala, isto é, quem tinha alguma eficiência do ponto de vista capitalista, passou para o Sistema Supletivo. Desse modo, o SUS ficou com a parte pior.

Evidentemente que existem as exceções, estou falando da regra. O segmento não lucrativo, que é dependente do SUS e que se encontra com a corda no pescoço. Estamos de modo acelerado destruindo formas sociais de produção de serviços que já tiveram êxito no Brasil. Elas estão sendo destruídas por várias razões, até mesmo por questões de financiamento. Refiro-me, por exemplo, às Santas Casas de Misericórdias, hoje todas dependentes do SUS. À exceção dos centros e postos de saúde e dos consultórios médicos, os tipos de equipamento que prevalecem num ou outro sistema são muitos semelhantes: ambulatórios, hospitais, serviços de diagnóstico e terapêutica. Na rede não lucrativa, a filantropia de alta complexidade não se vincula ao SUS. No Município de São Paulo, constituem exceções a Santa Casa, a Beneficência Portuguesa e o Santa Marcelina. As demais filantrópicas vinculam-se ao Sistema Supletivo e dependem do seguro saúde, dos planos de saúde e das cooperativas, como forma de financiamento. Contudo, as filantrópicas têm várias vantagens. Na importação de determinados equipamentos, estão dispensadas do pagamento de impostos; também não pagam a parte do INSS do empregador sobre a sua folha de pagamento. Portanto é correto arguir a retribuição social que prestam frente a esses be-

nefícios concedidos pelo poder público. Justifica-se a imagem do muro, que expressa a dicotomia existente entre os dois sistemas. Quem está no SUS não tem acesso ao Sistema Supletivo, embora quem esteja no Sistema Supletivo tem acesso ao SUS. Isso porque no sistema de saúde brasileiro existem vocações na produção de serviços.

Qual é a vocação do SUS no sistema de saúde? É a atenção primária e a alta complexidade. Qual é a vocação do Sistema Privado? É a atenção secundária e ambulatorial de especialidades, e a atenção terciária de alta complexidade, através da filantropia, ou seja com subsídio do Estado. Em outras palavras, não interessa ao Sistema Supletivo desembolsar capital para investir em recurso de alta complexidade. Não é porque não tenha os recursos para tal, mas devido à forma de articulação público e privada vigente no Brasil. Quanto a essa articulação, a ironia afirma que, se melhorar, estraga, porque o custo de investimento é socializado. Evidentemente que o lucro não é socializado, é privatizado. Entretanto, a regulamentação do sistema supletivo de assistência médica foi realizada sem considerar o SUS.

Como se fez isso? Privilegiando-se a regulamentação pela ótica do mercado, os direitos do consumidor, a relação das operadoras com os usuários. Aspectos sem dúvida da maior relevância, mas se concretizou uma regulamentação, desconsiderando a universalização da assistência. Ao contrário, cristalizaram o SUS como prestador de serviços para o Sistema Supletivo. Apesar de isso já estar acontecendo, não era regulamentado. Agora regulamentou-se porque infelizmente se entendeu que o problema era o pagamento dos procedimentos. O problema não é esse, o procedimento já foi embutido no preço do plano de saúde. O problema não deve ser olhado como sendo só de pagamento para ressarcimento ao SUS, até porque teríamos outras alternativas.

Mas é justo que o SUS venda serviço de alta tecnologia para o sistema supletivo? Penso que sim, mas com a contrapartida também em serviços do Sistema Supletivo. Uma espécie de câmara de compensação poderia ser o elemento regulador dessa articulação, dispensando assim a necessidade de monetarizar essa relação. É preciso apon-

tar que não existe política de saúde bem-sucedida em nenhum país no mundo com a divisão em dois sistemas de saúde. Até nos Estados Unidos, considerado o pólo mais liberal dos sistemas de proteção social, não existe política de saúde dessa forma. O sistema apresenta forte componente privado e tem subsídio do governo, para os idosos e os pobres, para a compra de serviços. É necessário organizar um combate sem tréguas à mercantilização da saúde em nosso país, ressaltando que ela não se dá apenas em seus aspectos financeiros. Mercantilizar é transformar um bem numa mercadoria, é o que vem ocorrendo com a saúde no Brasil. No momento em que um bem como a saúde é mercantilizado, começa a funcionar na lógica de mercadoria, portanto se introduz necessariamente um fator de seletividade que geralmente é econômico.

Quando falo em desmercantilizar, quer dizer que o produtor de serviço tem que ser exclusivamente o governo? Não. Temos formas privadas não mercantis de produção de serviço de saúde, sendo a cooperativa uma delas. Outro exemplo é a filantropia representada pelas Santas Casas. A desmercantilização interfere positivamente na lógica da produção de serviço. O objetivo deixa de ser o lucro, ou a acumulação de capital e passa a ser o da prestação de um serviço socialmente necessário. Apesar das ressalvas relativas às diferenças sócio-políticas, temos que aprender mais com o modelo canadense do que com o sistema dos Estados Unidos.

O SUS não diz que o prestador de serviço deva ser o governo ou privado, o que ele enuncia são princípios, ou seja, o sistema tem que ser universal, equânime e igualitário. É evidente que o sistema privado lucrativo não condiz com isso. Um setor privado não lucrativo, pode perfeitamente estar articulado com o SUS. As Entidades Médicas têm que ter seus projetos e encaminhar para o governo, para que sejam negociados, porque a situação está calamitosa. Mesmo com a aprovação da PEC-Saúde, o problema não será resolvido. A vinculação orçamentária dos recursos para a saúde nas três esferas de governo, simplesmente responde a essa situação calamitosa, evitando-se o seu agravamento, como estava acontecendo.

A idéia de que a saúde é de graça é uma grande

mentira. Alguém paga, ou são fundos públicos ou privados. As principais fontes de financiamento do SUS são três: CPMF, COFINS e Contribuição sobre o lucro líquido das empresas. Finalmente, a continuidade do sistema de saúde não se encontra exclusivamente no setor saúde, mas se vincula principalmente ao sistema político. Depende muito do Poder Legislativo nas três esferas de governo, e devemos cobrar essa responsabilidade do parlamento e também do Poder Executivo. Não podemos continuar tolerando a situação vigente de descontinuidade e de apropriação das políticas pelos governos e sua transformação em moeda de troca nas negociações com os parlamentos.

Finalmente, registro que é tecnicamente possível desenvolver um projeto apontando as falhas estruturais do SUS da perspectiva dos médicos. Porém é preciso saber qual é a visão dos médicos acerca da saúde no Brasil. Inquirir sobre as suas demandas? Essa formulação precisa contemplar os interesses dos médicos. Como se organizará a produção de serviços? Esse sistema tem que atender os interesses dos médicos e contemplar a capacidade do Estado na alocação de recursos. No entanto é fundamental que os médicos, através das suas entidades associativas, apresente um projeto que interesse à sociedade como um todo e se constitua em baluarte da desmercantilização da saúde e desse modo seja capaz de resgatar a essência da profissão médica, sintetizada na conjunção da técnica e da arte de curar e contribuir para manter a saúde da população.

\*Paulo Eduardo Mangeon Elias é Doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde 1996. Atividade atual: Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea - CEDEC. Trabalhos publicados: *Saúde no Brasil, Políticas e Organização de Serviços, Descentralização e Saúde no Brasil, Reforma ou contra-reforma na Proteção Social da Saúde, Plano de Assistência à Saúde no Município de São Paulo - PAS.*

## Legislação e normas pertinentes ao SUS

Os direitos sociais e da saúde e as competências da União, Estados e Municípios relativas ao Sistema Único de Saúde, estão expressos no texto das Constituições da República, do Estado e da Lei nº 8.080 e 8.142/90.

O entendimento da legislação sanitária vigente, em seus aspectos maiores, é indispensável para que os participantes, delegados ou não, possam interferir nas discussões das plenárias e mesas, com pleno conhecimento de causa e dos direitos e deveres de todos.

# CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - 1988

## TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL

### CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO GERAL

**Art. 193** - A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

### CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

#### SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 194** - A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único - Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

**Art. 195** - A seguridade social será 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 seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 1º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e as prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, " b ".

§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei.

## SEÇÃO II DA SAÚDE

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

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

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

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

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

III - participação da comunidade.

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

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

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

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

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

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos

que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

**Art. 200** - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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

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

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

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

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

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

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

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

### SEÇÃO III DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

**Art. 201** - Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a:

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão;

II - ajuda à manutenção dos dependentes dos segurados de baixa renda;

III - proteção à maternidade, especialmente à gestante;

IV - proteção ao trabalhador em situação de desem-

prego involuntário;

V - pensão por morte de segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, obedecido o disposto no § 5° e no art. 202.

§ 1° Qualquer pessoa poderá participar dos benefícios da previdência social, mediante contribuição na forma dos planos previdenciários.

§ 2° É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei.

§ 3° Todos os salários de contribuição considerados no cálculo de benefício serão corrigidos monetariamente.

§ 4° Os ganhos habituais do empregado a qualquer título serão incorporados ao salário para efeito de contribuição previdenciária e conseqüente repercussão em benefícios, nos casos e na forma da lei.

§ 5° Nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo.

§ 6° A gratificação natalina dos aposentados e pensionistas terá por base o valor dos proventos do mês de dezembro de cada ano.

§ 7° A previdência social manterá seguro coletivo, de caráter complementar e facultativo, custeado por contribuições adicionais.

§ 8° É vedado subvenção ou auxílio do Poder Público às entidades de previdência privada com fins lucrativos.

**Art. 202** - É assegurada aposentadoria, nos termos da lei, calculando-se o benefício sobre a média dos trinta e seis últimos salários de contribuição, corrigidos monetariamente mês a mês. e comprovada a regularidade dos reajustes dos salários de contribuição de modo a preservar seus valores reais e obedecidas as seguintes condições:

I - aos sessenta e cinco anos de idade, para o homem, e aos sessenta, para a mulher, reduzido em cinco anos o limite de idade para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, neste incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal;

II - após trinta e cinco anos de trabalho, ao homem, e, após trinta, à mulher, ou em tempo inferior, se sujeitos

a trabalho sob condições especiais, que prejudiquem a saúde ou a integridade física, definidas em lei;

III - após trinta anos, ao professor, e, após vinte e cinco, à professora, por efetivo exercício de função de magistério.

§ 1º É facultada aposentadoria proporcional, após trinta anos de trabalho, ao homem, e, após vinte e cinco, à mulher.

§ 2º Para efeito de aposentadoria, é assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição na administração pública e na atividade privada, rural e urbana, hipótese em que os diversos sistemas de previdência social se compensarão financeiramente, segundo critérios estabelecidos em lei.

## SEÇÃO IV DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

**Art. 203** - A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

**Art. 204** - As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previsto no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades be-

neficientes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

# Constituição do Estado de São Paulo – 1989

## TÍTULO VII DA ORDEM SOCIAL

### CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO GERAL

**Art. 217** - Ao Estado cumpre assegurar o bem-estar social, garantindo o pleno acesso aos bens e serviços essenciais ao desenvolvimento individual e coletivo.

### CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

#### SEÇÃO I DISPOSIÇÃO GERAL

**Art. 218** - O Estado garantirá, em seu território, o planejamento e o desenvolvimento de ações que viabilizem, no âmbito de sua competência, os princípios de seguridade social previstos nos artigos 194 e 195 da Constituição Federal.

#### SEÇÃO II DA SAÚDE

**Art. 219** - A saúde é direito de todos e dever do Estado.  
Parágrafo único - O Poder Público Estadual e Municipal garantirão o direito à saúde mediante:

**1** - políticas sociais, econômicas e ambientais que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e à redução do risco de doenças e outros agravos;

**2** - acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde, em todos os níveis;

**3** - direito à obtenção de informações e esclarecimen-

tos de interesse da saúde individual e coletiva, assim como as atividades desenvolvidas pelo sistema;

**4** - atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde.

**Art. 220** - As ações e os serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

§ 1º As ações e os serviços de preservação da saúde abrangem o ambiente natural, os locais públicos e de trabalho.

§ 2º As ações e serviços de saúde serão realizados, preferencialmente, de forma direta, pelo Poder Público ou através de terceiros, e pela iniciativa privada.

§ 3º A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 4º A participação do setor privado no sistema único de saúde efetivar-se-á segundo suas diretrizes, mediante convênio ou contrato de direito público, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 5º As pessoas físicas e as pessoas jurídicas de direito privado, quando participarem do sistema único de saúde, ficam sujeitas às suas diretrizes e às normas administrativas incidentes sobre o objeto de convênio ou de contrato.

§ 6º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

**Art. 221** - Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que terão sua composição, organização e competência fixadas em lei, garantem a participação de representantes da comunidade, em especial, dos trabalhadores, entidades e prestadores de serviços da área de saúde, além do Poder Público, na elaboração e controle das políticas de saúde, bem como na formulação, fiscalização e acompanhamento do sistema único de saúde.

**Art. 222** - As ações e os serviços de saúde executados e desenvolvidos pelos órgãos e instituições públicas estaduais e municipais, da administração direta, indireta

e fundacional, constituem o sistema único de saúde, nos termos da Constituição Federal, que se organizará ao nível do Estado, de acordo com as seguintes diretrizes e bases:

I - descentralização com direção única no âmbito estadual e no de cada Município, sob a direção de um profissional de saúde;

II - municipalização dos recursos, serviços e ações de saúde, com estabelecimento em lei dos critérios de repasse das verbas oriundas das esferas federal e estadual;

III - integração das ações e serviços com base na regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo, adequado às diversas realidades epidemiológicas;

IV - universalização da assistência de igual qualidade com instalação e acesso a todos os níveis, dos serviços de saúde à população urbana e rural;

V - gratuidade dos serviços prestados, vedada a cobrança de despesas e taxas, sob qualquer título.

**Art. 223** - Compete ao sistema único de saúde, aos termos da lei, além de outras atribuições:

I - a assistência integral à saúde, respeitadas as necessidades específicas de todos os segmentos da população;

II - a identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, mediante, especialmente, ações referentes à:

- a) vigilância sanitária;
- b) vigilância epidemiológica;
- c) saúde do trabalhador;
- d) saúde do idoso;
- e) saúde da mulher;
- f) saúde da criança e do adolescente;
- g) saúde dos portadores de deficiências;

III - a implementação dos planos estaduais de saúde e de alimentação e nutrição, em termos de prioridades e estratégias regionais, em consonância com os Planos Nacionais;

IV - a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico;

V - a organização, fiscalização e controle da produção e distribuição dos componentes farmacêuticos bási-

cos, medicamentos, produtos químicos, biotecnológicos, imunobiológicos, hemoderivados e outros de interesse para a saúde, facilitando à população, o acesso a eles:

VI - a colaboração na proteção do meio ambiente, incluindo do trabalho, atuando em relação ao processo produtivo para garantir:

a) o acesso dos trabalhadores às informações referentes a atividades que comportem riscos à saúde e a métodos de controle, bem como aos resultados das avaliações realizadas.

b) a adoção de medidas preventivas de acidentes e de doenças do trabalho;

VII - a participação no controle e fiscalização da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias de produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos;

VIII - a adoção de política de recursos humanos em saúde e na capacitação, formação e valorização de profissionais da área, no sentido de propiciar melhor adequação às necessidades específicas do Estado e de suas regiões e ainda àqueles segmentos da população cujas particularidades requerem atenção especial, de forma a aprimorar a prestação de assistência integral;

IX - a implantação de atendimento integral aos portadores de deficiências, de caráter regionalizado, descentralizado e hierarquizado em níveis de complexidade crescente, abrangendo desde a atenção primária, secundária e terciária de saúde, até o fornecimento de todos os equipamentos necessários à sua integração social;

X - a garantia do direito à auto-regulação da fertilidade como livre decisão do homem, da mulher ou do casal, tanto para exercer a procriação como para evitá-la, provendo por meios educacionais, científicos e assistenciais para assegurá-lo, vedada qualquer forma coercitiva ou de indução por parte de instituições públicas ou privadas.

XI - a revisão do Código Sanitário Estadual a cada cinco anos.

XII - a fiscalização e controle do equipamento e aparelhagem utilizados no sistema de saúde, na forma da lei.

**Art. 224** - Cabe à rede pública de saúde, pelo seu

corpo clínico especializado, prestar o atendimento médico para a prática do aborto nos casos excludentes de antijuridicidade, previstos na legislação penal.

**Art. 225** - O Estado criará banco de órgãos, tecidos e substâncias humanas.

§ 1º - A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgão, tecidos e substâncias humanas, para fins de transplante, obedecendo-se à ordem cronológica da lista de receptores e respeitando-se, rigorosamente, as urgências médicas, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

§ 2º - A notificação, em caráter de emergência, em todos os casos de morte encefálica comprovada, tanto para hospital público, como para a rede privada, aos limites do Estado, é obrigatória.

§ 3º - Cabe ao Poder Público providenciar recursos e condições para receber as notificações que deverão ser feitas em caráter de emergência, para atender ao disposto nos §§ 1º e 2º.

**Art. 226** - É vedada a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia ou assessoramento na área de saúde, em qualquer nível, de pessoa que participe de direção, gerência ou administração de entidades que mantenham contratos ou convênios com o sistema único de saúde, a nível estadual, ou sejam por ele credenciadas.

**Art. 227** - O Estado incentivará e auxiliará os Órgãos Públicos e entidades filantrópicas de estudos, pesquisa e combate ao câncer, constituídos na forma da lei, respeitando a sua autonomia e independência de atuação científica.

**Art. 228** - O Estado regulamentará, em seu território, todo processo de coleta e percurso de sangue.

**Art. 229** - Compete à autoridade estadual, de ofício ou mediante denúncia de risco à saúde, proceder à ava-

liação das fontes de risco no ambiente de trabalho, e determinar a adoção das devidas providências para que cessem os motivos que lhe deram causa.

§ 1 ° Ao sindicato de trabalhadores, ou a representante que designar, é garantido requerer a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou a saúde dos empregados.

§ 2 ° Em condições de risco grave ou iminente no local de trabalho, será lícito ao empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até a eliminação do risco.

§ 3 ° O Estado atuará para garantir a saúde e a segurança dos empregados nos ambientes de trabalho.

§ 4 ° É assegurada a cooperação dos sindicatos de trabalhadores nas ações de vigilância sanitária desenvolvidas no local de trabalho.

**Art. 230** - O Estado garantirá o funcionamento de unidades terapêuticas para recuperação de usuários de substâncias que geram dependência física ou psíquica, resguardado o direito de livre adesão dos pacientes, salvo ordem judicial.

**Art. 231** - Assegurar-se-á ao paciente, internado em hospitais da rede pública ou privada, a faculdade de ser assistido religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso.

### SEÇÃO III DA PROMOÇÃO SOCIAL

**Art. 232** - As ações do Poder Público, por meio de programas e projetos na área de promoção social, serão organizadas, elaboradas, executadas e acompanhadas com base nos seguintes princípios:

I - participação da comunidade;

II - descentralização administrativa, respeitada a legislação federal, cabendo a coordenação e execução de programas às esferas estadual e municipal, considerados os Municípios e as comunidades como instâncias básicas

para o atendimento e realização dos programas;

III - integração das ações dos órgãos e entidades da administração em geral, compatibilizando programas e recursos e evitando a duplicidade de atendimento entre as esferas estadual e municipal.

**Art. 233** - As ações governamentais e os programas de assistência social, pela sua natureza emergencial e compensatória, não deverão prevalecer sobre a formulação e aplicação de políticas sociais básicas nas áreas de saúde, educação, abastecimento, transporte e alimentação.

**Art. 234** - O Estado subvencionará os programas desenvolvidos pelas entidades assistenciais filantrópicas e sem fins lucrativos, com especial atenção às que se dediquem à assistência aos portadores de deficiências, conforme critérios definidos em lei, desde que cumpridas as exigências de fins dos serviços de assistência social a serem prestados.

**Parágrafo único.** Compete ao Estado a fiscalização dos serviços prestados pelas entidades citadas no "caput" deste artigo.

**Art. 235** - É vedada a distribuição de recursos públicos, na área de assistência social, diretamente ou por indicação e sugestão ao órgão competente, por ocupantes de cargos eletivos.

**Art. 236** - O Estado criará o Conselho Estadual de Promoção Social, cuja composição, funções e regulamentos serão definidos em lei.

## 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.

O Presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

**Art. 1** Esta Lei regula, em todo o Território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

### TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

**Parágrafo único.** Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se

destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

## TÍTULO II

### DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

#### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

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

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

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

## CAPÍTULO I

### DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

**Art. 5** São objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1.º, do artigo 2º desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

**Art. 6** Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

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

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

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

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

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

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

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância

sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

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

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

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

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

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

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

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

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

## CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

**Art. 7** As ações e serviços públicos de saúde e os

serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III

## DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

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

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

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

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

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

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

**Art. 11** (Vetado).

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

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

**Art. 13** A articulação das políticas e programas, a cargo das Comissões Intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

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

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

## CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

### SEÇÃO I DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

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

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

## SEÇÃO II DA COMPETÊNCIA

**Art. 16** À direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

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

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho.

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária.

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

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

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

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

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

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

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e

equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 17** À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

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

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

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

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

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador.

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

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

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

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

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

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

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federada.

**Art. 18** À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Siste-

ma Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador.

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no artigo 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

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

### TÍTULO III

## DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### CAPÍTULO I

#### DO FUNCIONAMENTO

**Art. 20** Os serviços privados de assistência à saúde

caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

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

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

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

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

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

## CAPÍTULO II DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

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

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

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

**Art. 26** Os critérios e valores para a remuneração de

serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

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

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

§ 3º (Vetado).

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

## TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

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

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

II - (Vetado);

III - (Vetado);

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

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

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

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam 2 (dois) cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

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

**Art. 29** (Vetado).

**Art. 30** As especializações na forma de treinamento em serviços sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

### CAPÍTULO I DOS RECURSOS

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

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

I - (Vetado);

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

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

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

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde - SUS caberá metade

da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

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

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

§ 4º (Vetado).

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

§ 6º (Vetado).

## CAPÍTULO II DA GESTÃO FINANCEIRA

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

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

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

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

**Art. 34** As autoridades responsáveis pela distribuição

da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

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

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

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

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

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

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a

aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

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

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

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

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

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

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

**Art. 39** (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrados do Sistema Único de Saúde - SUS será feita de modo a preservá-los como patri-

mônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

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

**Art. 40** (Vetado).

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

**Art. 42** (Vetado).

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

**Art. 44** (Vetado).

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

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

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

**Art. 46** O Sistema Único de Saúde - SUS estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

**Art. 47** O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, organizará, no prazo de 2 (dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o Território Nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

**Art. 48** (Vetado).

**Art. 49** (Vetado).

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

**Art. 51** (Vetado).

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

**Art. 53** (Vetado).

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

**Art. 55** São revogadas a Lei nº 2.312(1) de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229(2), de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

(1) Leg. Fed., 1954, pág. 487; (2) 1975, pág. 427.

## Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

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

### O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

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

§ 3º O Conselho Nacional de Secretárias de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao con-

junto dos demais segmentos.

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

**Art. 2** Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

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

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

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

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

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

**Art. 4** Para receberem os recursos, de que trata o

art. 3º desta Lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

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

III - plano de saúde;

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

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

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e salários - PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

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

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

**Art. 6** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 7** Revogam-se as disposições em contrário. Brasília, em 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

# Lei Orgânica do Município de São Paulo

## CAPÍTULO II DA SAÚDE

**Art. 212** A saúde é direito de todos, assegurado pelo Poder Público.

**Art. 213** O Município, com participação da comunidade, garantirá o direito à saúde, mediante:

I - políticas que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, a redução e a busca da eliminação do risco de doenças e outros agravos, abrangendo o ambiente natural, os locais públicos e de trabalho;

II - acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todo os níveis de complexidade;

III - atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação da saúde.

**Art. 214** O conjunto de ações e serviços de saúde de abrangência municipal integra a rede regionalizada e hierarquizada do sistema único de saúde, nos termos do disposto no art. 198 da Constituição da República.

§ 1º A direção do sistema único de saúde será exercida no âmbito do Município pelo órgão municipal competente.

§ 2º O sistema único de saúde, no âmbito do Município, será financiado com recursos do Município, do Estado, da União, da seguridade social e de outras fontes que constituem um fundo específico regulado por lei municipal.

§ 3º É vedada a destinação de recursos públicos municipais para auxílio, incentivos fiscais ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 4º É vedada a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia ou assessoramento na área de saúde, em qualquer nível, da pessoa que participe na direção, gerência ou administração de entidade ou instituição que mantenha contrato com o sistema único de saúde ou seja por ele creditada.

§ 5º Para atendimento de necessidades coletivas, ur-

gentes e transitórias, decorrentes de situação de perigo iminente, de calamidade pública ou de ocorrência de epidemias, o Poder Público poderá requisitar bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, sendo-lhes asseguradas justa indenização.

**Art. 215** As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Município dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

§ 1º As ações e serviços de saúde serão executadas preferencialmente de forma direta pelo poder público e supletivamente através de terceiros, assegurando o estabelecido no art. 199, da Constituição da República.

§ 2º É vedado cobrar do usuário pela prestação das ações e dos serviços no âmbito do sistema único de saúde.

§ 3º A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, vedada a participação direta e indireta de empresas ou capitais estrangeiros, nos termos do art. 199 da Constituição da República.

§ 4º As instituições privadas, ao participarem do sistema único de saúde, ficam sujeitas às suas diretrizes gerais.

**Art. 216** Compete ao Município, através do sistema único de saúde, nos termos da lei, além de outras atribuições:

I - a assistência integral à saúde, utilizando-se do método epidemiológico para o estabelecimento de prioridades, instituição de distritos sanitários, alocação de recursos e orientação programática;

II - a identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, mediante especialmente ações referentes à vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, do idoso, da mulher, da criança e do adolescente, dos portadores de deficiências, saúde mental, odontológica e zoonoses;

III - permitir aos usuários o acesso às informações de interesse da saúde e divulgar, obrigatoriamente, qualquer dado que coloque em risco a saúde individual ou coletiva;

IV - participar da fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido inclusive o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e água para o consumo humano;

V - participar da fiscalização e controle da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de subs-

tâncias e produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos, bem como de outros medicamentos, equipamentos imunobiológicos, hemoderivados e insumos;

VI - assegurar à mulher a assistência integral à saúde, pré-natal, no parto e pós-parto, bem como nos termos da lei federal, o direito de evitar e interromper a gravidez, sem prejuízo para a saúde, garantindo o atendimento na rede pública municipal de saúde;

VII - resguardar o direito à auto-regulação da fertilidade com livre decisão do homem, da mulher ou do casal, tanto para exercer a procriação como para evitá-la, providendo meios educacionais, científicos e assistenciais para assegurá-lo, vedada qualquer forma coercitiva ou de indução por parte de instituições públicas ou privadas;

VIII - participar, no âmbito de sua atuação, do Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados;

IX - fomentar, coordenar e executar programas de atendimento emergencial;

X - criar e manter serviços e programas de prevenção e orientação contra entorpecentes, alcoolismo e drogas afins;

XI - coordenar os serviços de saúde mental abrangidos pelo sistema único de saúde, desenvolvendo inclusive ações preventivas e extra-hospitalares e implantando emergências psiquiátricas, responsáveis pelas internações psiquiátricas, junto às emergências gerais do Município;

XII - fiscalizar e garantir o respeito aos direitos de cidadania do doente mental, bem como vedar o uso de celas fortes e outros procedimentos violentos e desumanos, proibindo internações compulsórias, exceto aquelas previstas em lei;

XIII - facilitar, nos termos da lei, a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante.

**Parágrafo único.** O serviço de atendimento médico do Município poderá oferecer ao usuário, quando possível, formas de tratamento de assistência alternativa reconhecidas.

**Art. 217** O sistema único de saúde do Município de São Paulo promoverá, na forma da lei, a Conferência Anual de Saúde e audiências públicas periódicas, como mecanismos de controle social de sua gestão.

**Art. 218** Fica criado o Conselho Municipal de Saúde, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores da saúde e usuários que, dentre outras atribuições deverá promover os mecanismos necessários à implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência, na forma da lei.

### CAPÍTULO III DA SEGURANÇA DO TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR

**Art. 219** O Município, coordenando sua ação com a União, o Estado e as entidades representativas dos trabalhadores, desenvolverá ações visando à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, através de:

I - controle das condições de segurança, redução e eliminação das nocividades do trabalho, promovendo condições dignas e seguras de trabalho;

II - vigilância sanitária e epidemiológica;

III - assistência às vítimas de acidentes do trabalho e portadores de doenças profissionais e do trabalho.

§ 1º E garantido aos trabalhadores o direito de acompanhar, através de suas representações sindicais e de locais de trabalho, as ações de controle e avaliação dos ambientes e das condições de segurança de trabalho.

§ 2º Em condições de risco grave ou iminente no local de trabalho, será lícito ao empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até eliminação do risco.

§ 3º As licenças para construir, os autos de conclusão e as licenças para instalação e funcionamento somente serão expedidos mediante prévia comprovação de que foram atendidas as exigências legais específicas, a cada caso, relativas à segurança, integridade e saúde dos trabalhadores e usuários.

§ 4º O auto de vistoria de segurança deverá ser renovado periodicamente, para verificação de obediência ao disposto no parágrafo anterior.

**Art. 220** O Município assegurará a participação de representantes dos trabalhadores nas decisões em todos os níveis em que a segurança do trabalho e a saúde do trabalhador sejam objeto de discussão e deliberação.

## CAPÍTULO IV DA PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL

**Art. 221** É dever do Município a promoção e assistência social visando garantir o atendimento dos direitos sociais da população de baixa renda, através de ação descentralizada e articulada com outros órgãos públicos, e com entidades sociais sem finalidade lucrativa, procurando assegurar, especialmente:

I - o atendimento à criança, em caráter suplementar, através de programas que incluam sua proteção, garantindo-lhe a permanência em seu próprio meio;

II - o atendimento ao adolescente em espaços de convivência que propiciem programações culturais, esportivas, de lazer e de formação profissional;

III - a prioridade no atendimento à população em estado de abandono e marginalização na sociedade.

**Art. 222** O Município poderá prestar, de forma subsidiária e conforme previsto em lei, assistência jurídica à população de baixa renda, podendo celebrar convênios com essa finalidade.

**Art. 223** O Município garantirá à população de baixa renda, na forma da lei, a gratuidade do sepultamento e dos meios e procedimentos a ele necessários.

**Art. 224** O Município, de forma coordenada com o Estado, procurará desenvolver programas de combate e prevenção à violência contra a mulher, buscando garantir:

I - assistência social, médica, psicológica e jurídica às mulheres vítimas de violência;

II - a criação e manutenção de abrigos para as mulheres e crianças vítimas de violência doméstica.

**Art. 225** O Município procurará assegurar a integração dos idosos na comunidade, defendendo sua dignidade e seu bem-estar, na forma da lei, especialmente quanto:

I - ao acesso a todos os equipamentos, serviços e programas culturais, educacionais, esportivos, recreativos,

bem como a reserva de áreas em conjuntos habitacionais destinados à convivência e lazer;

II - a assistência médica geral e geriátrica;

III - a gratuidade do transporte coletivo urbano para os maiores de 65 (sessenta e cinco) anos e aposentados de baixa renda, vedada a criação de qualquer tipo de dificuldade ou embaraço ao beneficiário;

IV - a criação de núcleos de convivência para idosos;

V - o atendimento e orientação jurídica, no que se refere a seus direitos.

**Art. 226** O Município buscará garantir à pessoa portadora de deficiência sua inserção na vida social e econômica, através de programas que visem o desenvolvimento de suas potencialidades, em especial:

I - a assistência, desde o nascimento, através da estimulação precoce, da educação gratuita e especializada, inclusive profissionalizante, sem limite de idade;

II - o acesso a equipamentos, serviços e programas culturais, educacionais, esportivos e recreativos;

III - a assistência médica especializada, bem como o direito à prevenção, habilitação e reabilitação, através de métodos e equipamentos necessários;

IV - a formação de recursos humanos especializados no tratamento e assistência dos portadores de deficiência;

V - o direito à informação e à comunicação, considerando-se as adaptações necessárias.

**Art. 227** O Município deverá garantir aos idosos e pessoas portadoras de deficiências o acesso a logradouros e a edifícios públicos e particulares de frequência aberta ao público, com a eliminação de barreiras arquitetônicas, garantindo-lhes a livre circulação, bem como a adoção de medidas semelhantes, quando da aprovação de novas plantas de construção, e a adaptação ou eliminação dessas barreiras em veículos coletivos.

**Art. 228** O Município poderá conceder, na forma da lei, incentivos às empresas que adaptarem seus equipamentos para trabalhadores portadores de deficiência.

**Art. 229** O Município estimulará, apoiará e, no que couber, fiscalizará as entidades e associações comunitárias que mantenham programas dedicados às crianças, aos adolescentes, aos idosos e aos portadores de deficiência.

## NOB - SUS 1996

Norma Operacional Básica do  
Sistema Único de Saúde - SUS

(Publicada no D.O.U.de 6/11/1996)

“ Gestão plena com responsabilidade  
pela saúde do cidadão ”

## 1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

## 2. FINALIDADE

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Fede-

ral, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

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

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

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

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

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e Estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzin-

do progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;

e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

### 3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

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

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas – planejamento, comando e controle – são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas interven-

ções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

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

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

### 4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

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

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

Isso significa dizer que, independentemente da gestão dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e

exclusiva dessa esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, esta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

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

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

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

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

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e

federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional, é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

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

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

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

As tarefas de harmonização, de integração e de mo-

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

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

## 5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

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

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

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

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

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

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

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

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

## 6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

São identificados quatro papéis básicos para o Estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e sequenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão nesse nível de governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assumam a gestão da aten-

ção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade.

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

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

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

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

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

- a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
- b) estruturação e operacionalização do componente

estadual do Sistema Nacional de Auditoria;

c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;

d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;

e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;

f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;

g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;

h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;

i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;

j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados;

k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual;

l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

## 7. PAPEL DO GESTOR FEDERAL

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

a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;

b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;

c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e

d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

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

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

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

Depende, além disso, do redimensionamento da direção nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da programação integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;

b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;

c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos fi-

nanceiros, bem como as modalidades de prestação de contas;

d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a Estados e municípios com função gestora;

e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;

f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;

g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;

h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;

i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;

j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;

k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;

l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;

n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;

o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;

p) o apoio e a cooperação a Estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;

q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;

r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os Estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;

s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;

t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial;

u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

## 8. DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada

esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

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

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

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

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

## 9. BASES PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

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

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

Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o país. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

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

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

Os elementos, acima apresentados, contribuem para

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecen-

do o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

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

## 10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

### 10.1. Responsabilidades

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

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

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

### 10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 – COFINS) e o Lucro (Fonte 151 – Lucro Líquido).

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

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

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

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

### 10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

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

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

Os recursos de investimento são alocados pelo MS,

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

#### 10.4. Tetos financeiros dos Recursos Federais

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

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

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

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

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

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

## 11. PROGRAMAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

### 11.1. Programação Pactuada e Integrada – PPI

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

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

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

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

11.1.5. A União define normas, critérios, instrumen-

tos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle – inscritas na programação pelo Estado e seus municípios – incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.

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

#### 11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

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

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

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atri-

buições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

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

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

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

## 12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores

podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

#### 12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

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

##### 12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

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

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

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

##### 12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família

(PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

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

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;

- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e

- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

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

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

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;

- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e

- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município.

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

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

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

A ausência de informações que comprovem a produ-

ção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência desse acréscimo.

#### 12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

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

O órgão competente do MS formaliza, por portaria, esse elenco a partir de negociação na CIT e que deve ser objeto da programação integrada quanto a sua oferta global no Estado.

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

#### 12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

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

#### 12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

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

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

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

#### 12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

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

#### 12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

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

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

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

##### 12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

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

autorização e fatura de serviços.

12.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade

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

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

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

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

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

## 13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municí-

país, independente de convênio ou instrumento congêneres, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

#### 13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

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

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

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

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

### 13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

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

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

#### 13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

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

## 14. CUSTEIO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E DE CONTROLE DE DOENÇAS

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

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação Nacional de Saúde - FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor desse Teto para cada Estado é definido em

negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (FNS/MS).

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

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

#### 14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

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

#### 14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

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

#### 14.3. Transferência por Convênio

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

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

## **CUSTEIO FEDERAL DESTINADO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

1. Custeio do Atendimento Ambulatorial e do Atendimento Hospitalar
2. Custeio das Ações de Vigilância Sanitária
3. Custeio das Ações de Epidemiologia e do Controle de Doenças

$$\text{TGF} = \text{TFA} + \text{TFVS} + \text{TFECD}$$

TGF = Teto Financeiro Global

TFA = Teto Financeiro de Assistência

TFVS = Teto Financeiro de Vigilância Sanitária

TFECD = Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças

### **Custeio / Transferências**

#### **Atendimento Ambulatorial e Hospitalar**

A1. Transferência Regular e Automática – Fundo a Fundo

- Piso Assistencial Básico (PAB)

PAB = valor per capta x população do município

- Incentivo ao PSF e ao PACS

- Fração Assistencial Especial (FAE)

- Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

- Índice de Valorização dos Resultados

A2. Remuneração por Serviços Prestados

- Remuneração de Internações Hospitalares (Base na AIH)

- Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo e Complexidade

- Remuneração Transitória por Serviços Prestados

### **Custeio / Transferências**

#### **Ações de Vigilância Sanitária**

B1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

- Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

PBVS = valor per capta x população do município

- Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária

B2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

- Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária

- Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

### **Custeio / Transferências** Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças

C1- Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

C2- Remuneração por Serviços Prestados

C3- Transferência por Convênio

### **PROGRAMAÇÃO DO CUSTEIO**

1. SMS elabora a programação pactuada e integrada (PPI)

2. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) aprova a PPI

3. A SES harmoniza e contabiliza as PPIs de todos os Municípios e negocia na Comissão Inter-Gestores Bipartite (CIB)

4. O Conselho Estadual de Saúde (CES) aprova o TFG do Estado e envia ao Ministério da Saúde.

Todos os valores (Pisos, Tetos, Frações, Índices) são definidos com base na PPI, Negociados nas CIBs e CIT, aprovados nos CES e CNS.

## 15. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

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

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

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

- a) GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

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

### 15.1. GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

#### 15.1.1. Responsabilidades

a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.

b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.

c) Gerência de unidades ambulatoriais do Estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios,

conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.

g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.

h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.

i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente.

k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.

l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.

m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

#### 15.1.2. Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do Estado, assim como da alocação de recursos expressa na programação.

d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro

Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

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

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

h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

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

#### 15.1.3. Prerrogativas

a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).

b) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

### 15.2. GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

#### 15.2.1. Responsabilidades

a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.

b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.

c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do Estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vin-

culação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.

e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.

g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.

h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.

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

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

k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.

l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, das ações do PDAVS.

m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

#### 15.2.2. Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do Estado, assim como da alocação de recursos expressa na programação.

d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabili-

dades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 15.2.3. Prerrogativas

a) Transferência, regular e automática, dos recursos

referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).

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

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

d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.

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

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

## 16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

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

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

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

- a) GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e
- b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

Os Estados que não aderirem ao processo de habilitação permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos

pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

a) Elaboração da PPI do Estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.

b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.

c) Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.

d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.

e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

a) Comprovar o funcionamento do CES.

b) Comprovar o funcionamento da CIB.

c) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.

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

- as metas pactuadas;

- a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;

- as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;

- as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e

- os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.

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

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

g) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.

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

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

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

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

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

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

### 16.3. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

#### 16.3.1. Responsabilidades Específicas

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

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

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

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

#### 16.3.2. Requisitos Específicos

a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.

b) Dispor de 60% dos municípios do Estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população.

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

#### 16.3.3. Prerrogativas

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

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

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

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

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

#### 16.4. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL

##### 16.4.1. Responsabilidades Específicas

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

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

##### 16.4.2. Requisitos Específicos

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

b) Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de

alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.

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

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

#### 16.4.3. Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

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

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

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

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

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

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

## 17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

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

17.2. No processo de habilitação às condições de

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

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

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

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

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

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

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

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

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

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

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio a diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3.a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4.a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

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

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

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

17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de Estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no ANEXO I.

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

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

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

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

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

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

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

em ato próprio da SES.

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

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

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

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

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

## SIGLAS UTILIZADAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- CES - Conselho Estadual de Saúde
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNS - Conselho Nacional de Saúde

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

## Conselho de Saúde

### O CONSELHO DE SAÚDE E SEU PAPEL JUNTO AOS ÓRGÃOS GESTORES DO SUS

A legislação federal estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS, através de:

Conferências de Saúde que são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam a inserção da participação social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo; e dos Conselhos de Saúde que buscam participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura e, onde se manifestam, com maior ou menor representatividade, os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas que pretendem direcionar os recursos para prioridades diferentes.

A participação, na perspectiva do controle social, permite à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações e os serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor.

Os Conselhos são instâncias colegiadas constituídas em cada esfera de governo, com caráter permanente e deliberativo, ao qual compete – conforme disposto no § 2º do artigo 1º da Lei 8.142/90.

“Atuar na formulação de estratégias da política de saúde, e no controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos e financeiros.”

Podemos concluir, então, que o caráter deliberativo do Conselho não admite que o mesmo seja transitório, ou funcione somente quando convocado, mas pressupõe uma atuação constante para que seus membros tenham condições de examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, formulando estratégias, aperfeiçoando-as e propondo meios aptos para a sua execução ou correção de rumos.

## O CONSELHO DE SAÚDE E SUAS COMPETÊNCIAS

Conforme o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N.º 33, de 23 de dezembro de 1992, são competências dos Conselhos de Saúde:

- atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;
- estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal;
- traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços;
- propor a adoção de critérios que definam a qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;
- propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS;
- examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;
- fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
- propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;
- fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou Fundo de Saúde;
- estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;
- propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos;
- estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;
- elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas

normas de funcionamento;

- estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS;

- outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde.

Ao discutirmos o papel e as Competências do Conselho de Saúde faz-se necessário estabelecermos a distinção entre papel e competência. Papel é a Missão do órgão e de seus dirigentes e Competência é o instrumento legal para se alcançar o cumprimento da missão; além disso o trabalho do Conselho não deve ser confundido com o trabalho executivo do gestor da saúde. O gestor é o responsável pela execução da política de saúde, enquanto ao Conselho cabe propor as diretrizes dessa política, acompanhando as ações e fiscalizando a utilização dos recursos.

**Por exemplo:** Não é papel do conselheiro entrar em uma unidade de saúde (hospital ou posto de saúde) para exigir que os funcionários desempenhem suas funções desta ou daquela maneira. A função do conselheiro nestas unidades é acompanhar e fiscalizar se as ações de saúde propostas no Plano Municipal de Saúde estão sendo cumpridas.

## A ORGANIZAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Criação — Através de LEI MUNICIPAL elaborada conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.142/90 e 8080/90) quanto ao caráter, composição, competência e organização. É necessário observar o que dispõe a legislação local: se a Constituição Estadual, a Lei Orgânica do Município, ou a lei municipal estipularam a organização do Conselho de maneira diferente da prevista na Lei Orgânica da Saúde, a mesma deverá ser refeita. Nos casos em que a mudança da lei não for possível (intransigências no Executivo, dificuldades de negociação no Legislativo, entre outras), duas ações poderão ser tomadas: denunciar ao Ministério Público e/ou promover ação judicial.

Composição — A Lei garante a representação dos seguintes segmentos:

- governo,

- prestadores de serviço,
- profissionais de saúde e,
- usuários.

A constituição do Conselho deve ter como premissa básica a Paridade do número de representantes dos usuários em relação aos demais segmentos, ou seja 50% do número total de conselheiros será de representantes de usuários, enquanto que os outros 50% deverá ser composto por representantes dos demais segmentos:

- 50% usuários,
- 50% governo, trabalhadores de saúde e, prestadores públicos e privados.

O número de conselheiros para a composição dos Conselhos Municipais de Saúde tem variado, principalmente em função do tamanho dos municípios, porém qualquer que seja o número dos membros a paridade deverá ser mantida.

**Por exemplo:** 1. Em um Conselho formado por 12 membros, 6 serão representantes de usuários; 2 representantes do governo; 2 representantes dos trabalhadores da saúde e 2 representantes de prestadores públicos e privados;

2. Em um Conselho formado por 18 membros, 9 serão representantes de usuários; 3 representantes do governo; 3 representantes dos trabalhadores da saúde e 3 representantes de prestadores públicos e privados.

## REPRESENTATIVIDADE

**Usuários** — Devem ser indicados por organismos ou entidades privadas, movimentos comunitários, associações de moradores, associações de portadores de deficiência, de idosos, de defesa do consumidor e outros que existirem no município, ou eleitos na Conferências de Saúde;

**Governo** — Indicados pelos órgãos governamentais locais – prefeitura, governo estadual, secretarias de saúde, entre outras;

**Prestadores de serviço** — Indicados por entidades que atuam no setor de assistência à saúde, quer sejam públicos ou privados (laboratórios, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros);

**Trabalhadores da Saúde** — profissionais da saúde responsáveis tanto pelas atividades-meio (pessoal técnico-administrativo) quanto pelas atividades-fim da assistência

à saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais etc.) das entidades públicas e privadas do setor saúde, que poderão se escolhidos através de eleição entre as unidades existentes no município.

Em relação à representatividade é importante considerar:

O conselheiro deve atuar como interlocutor de suas bases, não se distanciando da entidade ou movimento que o indicou, porém deve representar e defender os interesses de toda a sociedade.

Todos os cidadãos são potencialmente usuários do sistema de saúde (servidores públicos, governo, empresários, trabalhadores de saúde e os prestadores de serviços), porém devem representar os usuários aqueles indivíduos que não tenham vínculo com qualquer outro segmento, ou seja, os usuários devem ser aquelas pessoas não ligadas, direta ou indiretamente, a qualquer dos demais segmentos. Além disso, é recomendável que cônjuge ou parentes de algum representante de outro segmento não sejam representantes dos usuários.

O presidente do Conselho de Saúde deve ser eleito entre seus membros, garantindo assim, maior legitimidade e autonomia ao Conselho, entretanto em muitos de nossos municípios, a Lei de criação do Conselho ou o regimento interno delegam a presidência ao secretário de saúde.

Em alguns conselhos observamos que o secretário de saúde é membro nato, neste caso só terá direito a voto se não houver quebra de paridade:

- o secretário de saúde é membro nato da representação do governo, mas é um elemento a mais dessa representação, só deve votar em caso de empate (casos em que o secretário é o presidente);

- o secretário de saúde é membro nato da representação do governo, porém está entre o número total dos representantes do governo, não caracterizando um elemento a mais, terá direito a voto e não quebrará a paridade e, caso seja o presidente, terá também o voto de desempate.

Recomenda-se que não devem integrar o Conselho de Saúde pessoas que pertençam aos Poderes Legislativo e Judiciário, bem como os representantes do Ministério Público, considerando a independência dos poderes prevista no artigo 2 da Constituição Brasileira e as funções do Ministério Público. Portanto, vereador, deputado, sena-

dor, juiz, promotor público, curador e promotor de justiça não devem integrar o Conselho de Saúde.

Após serem escolhidos, os representantes das entidades serão indicados ao chefe do executivo que deverá realizar a nomeação oficial, publicada em diário oficial do município. O governador, o prefeito, o secretário de saúde ou diretor de departamento de saúde somente indicam o seu representante no Conselho, pois não possuem poder legal para interferir na escolha dos representantes dos demais segmentos sociais que o compõem, portanto não é permitido veto ou impugnação a nenhuma indicação.

## O FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Após a nomeação dos conselheiros através de ato do Poder Executivo, instala-se o Conselho de Saúde.

A Secretaria de Saúde ou Departamento de Saúde deve fornecer infra-estrutura necessária ao pleno funcionamento do Conselho. Isso implica no fornecimento de espaço físico, recursos humanos e recursos financeiros, devendo ser garantido no orçamento das Secretarias, tanto Estaduais quanto Municipais, recursos financeiros que viabilizem o trabalho do Conselho, que muitas vezes irá solicitar a realização de estudos, pesquisas e cursos de aprimoramento, subsidiando, assim, suas decisões.

A estrutura do Conselho de Saúde deve contar com um Colegiado Pleno e uma Secretaria Executiva.

Após sua instalação o Conselho deverá elaborar seu Regimento Interno, que contempla os elementos que irão garantir o pleno funcionamento do Conselho, tais como:

- abertura dos trabalhos;
- quórum das sessões;
- periodicidade das reuniões;
- Impedimentos e faltas dos conselheiros;
- votação;
- prazos, entre outros.

## HOMOLOGAÇÃO DAS DECISÕES DO CONSELHO

Diz o § 2º, do Art. 1º da Lei 8.142/90 que as decisões

do Conselho serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Entretanto apenas as decisões de natureza normativa (aprovação dos planos municipais de saúde, fixação de critérios e diretrizes, aprovação de relatórios e prestações de contas) necessitam, para sua eficácia, de homologação. As decisões de natureza recomendativa (recomendam estudos/encaminham propostas) e as diligenciais não necessitam de homologação.

Ainda neste item devemos lembrar que o Chefe de Poder legalmente constituído, a que se refere o parágrafo anterior, são o Ministro da Saúde/ Secretário de Estado da Saúde e/ou Secretário Municipal de Saúde conforme o Conselho correspondente: se Nacional, Estadual ou Municipal.

O controle social vem amadurecendo progressivamente, obtendo resultados que perpassam os interesses corporativos, apesar de sua formalização em lei ser um processo novo na história do país.

Os gestores precisam difundir o saber e trocar experiências com os Conselheiros, principalmente o representante do segmento dos usuários, possibilitando assim a compreensão e construção do SUS pelos gestores e sociedade.

Em anexo, apresentaremos proposta de Lei para criação do Conselho Municipal de Saúde e para elaboração do Regimento Interno do Conselho, objetivando subsidiar as discussões em municípios que estejam buscando um ponto de partida para a participação social.

## PROPOSTA DE LEI DE CRIAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEI N°. , de de

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE

Faço saber que a Câmara Municipal aprova e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1** Fica criado nos termos da legislação Federal, Estadual e Municipal que regem a matéria, o Conselho Municipal de Saúde – C.M.S., com funções de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, como

órgão colegiado superior, responsável pelo Sistema Único de Saúde - SUS, no município de .....  
.., com o objetivo de estabelecer, acompanhar e avaliar a política municipal de saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do Sistema.

**Art. 2** Compete ao Conselho Municipal de Saúde:

I - Atuar na formulação de estratégias e no controle da política de saúde, incluídos aos seus aspectos econômicos e financeiros, que serão fiscalizados mediante o acompanhamento de execução orçamentária;

II - Articular-se com os demais órgãos colegiados do Sistema Único de Saúde, das esferas federal e estadual de governo;

III - Organizar e normatizar Diretrizes para a elaboração do Plano Municipal de Saúde, estabelecidas na Conferência Municipal de Saúde, adequando-as à realidade epidemiológica e à capacidade organizacional dos serviços;

IV - Propor adoção de critérios que definam padrão de qualidade e melhor resolutividade das ações e serviços de saúde, verificando, também, o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área;

V - Propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação de recursos;

VI - Analisar e deliberar as contas dos órgãos integrantes do SUS;

VII - Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde do Município;

VIII - Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar a respeito de deliberação do Colegiado;

IX - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas, integrantes dos SUS no Município, impugnando aqueles que eventualmente contrariam as Diretrizes da política de saúde ou a organização do sistema;

X - Incentivar e defender a municipalização de ações, serviços e recursos de saúde como forma de descentralização de atividades;

XI - Solicitar informações de caráter operacional, técni-

co-administrativo, econômico-financeiro, de gestão de recursos humanos e outros que digam respeito à estrutura e ao licenciamento de órgãos públicos e privados, vinculados ao SUS;

XII - Divulgar e possibilitar o amplo conhecimento do SUS no Município, à população e às Instituições públicas e privadas;

XIII - Definir os critérios para a elaboração de contratos ou convênios, entre o setor público e as entidades privadas, no que tange à prestação de serviços de Saúde;

XIV - Apreçar previamente os contratos e convênios referidos no inciso anterior e acompanhar e controlar seu cumprimento;

XV - Estabelecer Diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadores de serviços públicos e privados, no âmbito do SUS;

XVI - Garantir a participação e o controle comunitário, através da sociedade civil organizada, nas instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde;

XVII - Apoiar e normatizar a organização de Conselhos Comunitários de Saúde;

XVIII - Promover articulações com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil, para definição e controle dos padrões éticos, para pesquisa e prestação de serviços de saúde;

XIX - Promover articulação entre os Serviços de Saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, assim como à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições;

XX - Elaborar, aprovar o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde e as propostas de suas modificações, bem como encaminhá-lo à homologação do Executivo Municipal;

XXI - Outras atribuições estabelecidas em normas complementares;

XXII - Solicitar a convocação da Conferência Municipal de Saúde, no mínimo a cada dois anos.

**Art. 3** O Conselho Municipal de Saúde será paritário e composto em uma das partes pelos representantes do governo, trabalhadores de saúde e prestadores públicos e privados e, em outra por representantes de usuários.

§ 1º O segmento do governo terá a seguinte composição:

I - Três representantes titulares e três suplentes, indicados pelo poder público Municipal; ou dois representantes titulares e dois suplentes indicados pelo poder público Municipal e um representante titular e um suplente indicado pela Secretaria de Estado da Saúde – órgão regional.

§ 2º O segmento dos prestadores de serviços terá a seguinte composição:

I - Três representantes titulares e três suplentes, de prestadores de serviços dos SUS; compreendendo entidades públicas, filantrópicas e com fins lucrativos;

§ 3º O segmento dos trabalhadores de saúde terá a seguinte composição:

I - Três representantes titulares e três suplentes, dos Conselhos e Associações Profissionais e Trabalhadores da área de Saúde.

§ 4º O segmento designado como usuário terá a seguinte composição:

I - Dois representantes titulares e dois suplentes, indicados pelos Sindicatos, Associações e representação de Trabalhadores, Associações de Moradores e Associações de Bairros;

II - Dois representantes titulares e dois suplentes, indicados pelos Sindicatos e Associações Patronais;

III - Um representante titular e um suplente dos Portadores de Deficiência, indicados pelo Conselho Municipal da Pessoa Portadora de Deficiência;

IV - Um representante titular e um suplente da terceira idade;

V - Três representantes titulares e três suplentes, indicados pela representação de usuários dos Conselhos Gestores ou comunitários das unidades de Saúde;

**Art. 4** Os membros do Conselho Municipal de Saúde serão indicados pelos segmentos e entidades que representam e nomeados pelo Prefeito Municipal:

§ 1º No caso de afastamento temporário ou definitivo de um dos membros titulares, automaticamente assumirá o suplente, até que se procedam novas indicações;

§ 2º Perderá o mandato o conselheiro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano,

salvo se estiver representado pelo suplente.

**Art. 5** O presidente do Conselho Municipal de Saúde será eleito entre seus pares, durante a Conferência Municipal de Saúde.

**Art. 6** A função de membro do Conselho Municipal de Saúde é considerada de interesse público e não será remunerada.

**Art. 7** O mandato dos membros do Conselho Municipal de Saúde será de dois anos, renovável por igual período, cumprindo-lhes exercer suas funções até a designação de seus substitutos.

§ 1º No término do mandato do Poder Executivo Municipal, considerar-se-ão dispensados, após nomeação dos substitutos, os membros do Conselho Municipal de Saúde, representantes do poder público municipal – artigo 3, § 1º, item I da presente Lei.

§ 2º Não poderá haver coincidência do término de mandatos entre os representantes dos segmentos, Poder Público e Usuários.

**Art. 8** Considerar-se-ão colaboradores do Conselho Municipal de Saúde as universidades e demais entidades representativas de profissionais e usuários dos serviços de saúde.

**Art. 9** O Conselho se reunirá ordinariamente, no mínimo, 1 (uma) vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Presidente, ou quando convocado na forma regimental.

§ 1º As reuniões do Conselho Municipal de Saúde se instalarão com a presença da maioria de seus membros com direito a voto, que deliberarão pela maioria dos presentes.

§ 2º Cada membro terá direito a um voto.

§ 3º O Presidente do Conselho Municipal de Saúde terá somente o voto de qualidade, bem como a prerrogativa de deliberar “AD REFERENDUM” do plenário.

**Art. 10** Caberá aos Conselheiros a designação do Vice-Presidente e do Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde, que deverão ser escolhidos entre seus membros titulares.

**Art. 11** O Conselho Municipal de Saúde poderá constituir comissões que contribuam para o andamento de seus trabalhos.

**Parágrafo único.** Para composição das comissões de que trata o caput deste artigo, poderão ser convidados

como colaboradores: entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros.

**Art. 12** Nos termos da Lei Federal nº 8.142, artigo 1, parágrafo 2º, as decisões do Conselho Municipal de Saúde deverão ser homologadas pelo Secretário Municipal de Saúde, na fase regimental.

**Parágrafo único.** As decisões do Conselho Municipal de Saúde serão consubstanciadas em deliberações, cabendo à Secretaria Municipal de Saúde tomar as medidas administrativas necessárias para sua efetivação.

**Art. 13** A Secretaria Municipal de Saúde proporcionará, ao Conselho Municipal de Saúde, as condições para o seu pleno e regular funcionamento e lhe dará o suporte técnico-administrativo necessário, sem prejuízo de colaborações dos demais órgãos e entidades nele representados.

**Art. 14** Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

**Art. 15** Revogam-se as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de.....

### DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

O Conselho Municipal de Saúde, de acordo com o previsto no item XX, Artigo 2, da Lei....., de ...../...../....., aprova para homologação do Poder Executivo o presente Regimento Interno que organiza e estabelece as normas para seu funcionamento.

## CAPÍTULO I

### DO OBJETIVO DO REGIMENTO INTERNO

**Art. 1** O Regimento Interno tem por objetivo disciplinar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de ....., de acordo com o que dispõe a Lei....., de ...../...../.....

## CAPÍTULO II DA DEFINIÇÃO

**Art. 2** O C.M.S., conforme o Art. 1 da Lei Municipal, com funções de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, tem como objetivo estabelecer, acompanhar e avaliar a Política Municipal de saúde e efetivar a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, constituindo-se no órgão colegiado por ele responsável.

## CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

**Art. 3** Cumprir e fazer cumprir todas as determinações estabelecidas nos incisos I a XXII, Art. 2, da Lei....., de ...../...../.....

**Art. 4** Convocar, no mínimo a cada dois anos, a Conferência Municipal de Saúde de.....

§ 1º Os membros do C.M.S. deverão participar do planejamento e da realização da conferência Municipal de Saúde.

§ 2º No ano subsequente ao da realização de cada Conferência, e antes da aprovação anual da proposta orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde, o C.M.S. promoverá amplas reuniões, envolvendo delegados de todos os segmentos representados na Conferência, para avaliar a execução das propostas nela aprovadas.

**Art. 5** Perderá o mandato o conselheiro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano, salvo se estiver representado pelo suplente.

**Art. 6** As substituições dos membros do C.M.S., deverão ser feitas por convocação do Presidente ao respectivo segmento, imediatamente à vacância do cargo.

§ Único A expedição de convocação deverá ser protocolada, com aviso de recebimento, instruída com cópia da Lei..... e com prazo de resposta estabelecido.

**Art. 7** A dispensa dos membros do C.M.S., ao término do mandato do Poder Executivo Municipal, somente se efetivará a partir da posse dos novos membros.

**Art. 8** O C.M.S. poderá criar comissões permanentes

ou transitórias para assessorar o plenário no cumprimento de suas atribuições.

§ 1º Na composição destas comissões é recomendável a participação de todos os segmentos representados no Conselho – governo, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e usuários.

§ 2º Poderão ser convidados entidade e autor para colaborarem com os estudos ou participarem das comissões.

§ 3º As Comissões deverão eleger um Coordenador e um vice-coordenador entre seus membros, os quais deverão necessariamente ser conselheiros.

## CAPÍTULO IV DA COMISSÃO EXECUTIVA

**Art. 9** A Comissão Executiva será composta pelo Presidente, Vice-presidente e Secretário Executivo, bem como pelo Coordenador das comissões permanentes que forem instituídas.

**Art. 10** A Comissão Executiva tem por finalidade colaborar com a presidência no encaminhamento das questões administrativas e legais de competência do Conselho; manter sistematicamente contatos com a Secretaria de Saúde buscando inteirar-se das ações do Plano Municipal de Saúde, contribuindo para a sua implementação; subsidiar com informações as decisões do Conselho; organizar as atividades afins do C.M.S., por meio da sistematização de informações, visando o bom andamento dos trabalhos e a agilização das decisões do Conselho.

**Art. 11** A Comissão Executiva se reunirá quinzenalmente, sob a coordenação do presidente.

## CAPÍTULO V DAS REUNIÕES

**Art. 12** O C.M.S. se reunirá ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente por convocação do Presidente ou mediante requerimento de dois terços de seus membros efetivos.

§ 1º Uma vez protocolado no Conselho o requeri-

mento da reunião extraordinária, solicitada de acordo com o caput deste artigo, o presidente terá prazo de 3(três) dias úteis para expedir a convocação e realizar a reunião.

§ 2º As datas e horários das reuniões ordinárias serão fixadas, por consenso, na primeira reunião ordinária de cada semestre e enviado cronograma para seus membros.

§ 3º O presidente expedirá, obrigatoriamente, convocação, para os membros titulares e suplentes, com a devida pauta, cinco dias úteis antes das reuniões ordinárias, por meio de correspondência protocolada.

§ 4º Na impossibilidade de participação regular de qualquer membro em consequência do calendário estabelecido, e na inviabilidade de compatibilização de horário, o C.M.S. comunicará o respectivo segmento, solicitando a substituição imediata, conforme os dispositivos legais em vigor.

**Art. 13** No início de cada reunião será estipulado por consenso o tempo de sua duração, podendo ser prorrogado, desde que haja o quórum mínimo exigido.

**Art. 14** As reuniões do C.M.S. serão compostas por:  
I Expediente;  
II Ordem do dia.

**Art. 15** O Expediente terá duração máxima de 30 minutos e obedecerá ao seguinte procedimento:

- I - discussão e aprovação da ata anterior;
- II - comunicações do presidente;
- III - comunicações dos membros.

**Parágrafo único.** Havendo necessidade, a duração do expediente poderá ser prorrogada por no máximo 15 minutos.

**Art. 16** A Ordem do dia deverá compor-se dos assuntos constantes da pauta para deliberação.

**Art. 17** As reuniões do C.M.S. instalar-se-ão com a presença da maioria de seus membros, com direito a voto.

**Parágrafo único.** Os suplentes que não estiverem substituindo seus titulares poderão participar das reuniões com direito à voz.

**Art. 18** As reuniões do C.M.S. são públicas. Toda pessoa tem o direito de assistir às reuniões, podendo se manifestar a cada assunto, por deliberação do Plenário.

**Art. 19** Todo membro do Conselho poderá pedir vistas de matéria em deliberação, tendo acesso a toda documen-

tação pertinente ao assunto, devendo emitir parecer, que será anexado ao processo. O parecer será objeto de deliberação na reunião subsequente, ordinária ou extraordinária.

**Art. 20** Caberá a Comissão Executiva a elaboração da pauta que comporá a Ordem do dia das reuniões do C.M.S., considerando:

I - propostas do Plenário feitas em reuniões anteriores;  
II - matérias pendentes constantes da Ordem do dia das reuniões anteriores;

III - matéria apresentada por 1/3 (um terço) dos membros, por meio de requerimento dirigido ao presidente, protocolado 48 horas antes do prazo de expedição da convocação da reunião, na qual deverá ser apreciado;

IV - qualquer outra matéria relevante da competência do Conselho.

**Parágrafo único.** Em reuniões ordinárias, por decisão do Plenário poderão ser incluídos para deliberação, assuntos que não constem da ordem do dia.

**Art. 21** O C.M.S. deliberará por maioria simples de seus membros, por meio de votação aberta, tendo cada membro o direito a um voto.

**Art. 22** Somente será objeto de deliberação matéria constante da convocação ou acrescida à Ordem do dia pelo Plenário.

**Art. 23** O presidente colocará, obrigatoriamente, em votação toda matéria após esgotadas as discussões.

**Art. 24** O presidente terá a prerrogativa de deliberar AD REFERENDUM do Plenário, em ocasiões excepcionais. Tais deliberações deverão ser aprovadas pelo Conselho, perdendo a validade caso rejeitadas, ou não apresentadas para apreciação na primeira reunião subsequente. Em caso de empate na votação, o presidente terá a prerrogativa do voto de qualidade.

**Art. 25** Fica assegurado a cada um dos membros participantes das reuniões o direito de manifestar-se sobre todo e qualquer assunto em discussão, não podendo voltar a ser discutido após encaminhado para votação.

**Art. 26** Os assuntos tratados e as deliberações tomadas em cada reunião serão registrados em ata, que será lida e aprovada em reunião subsequente, devendo nela constar os resultados das votações.

**Art. 27** As deliberações normativas do C.M.S. (decisões de aprovação do Plano Municipal de saúde, Fixação de critérios e diretrizes, aprovação de relatórios e prestações de contas) deverão ser homologadas pelo Secretário Municipal de Saúde, as recomendações e diligências não necessitam de homologação.

## CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

**Art. 28** O presente Regimento Interno poderá ser alterado parcial ou totalmente por meio de proposta expressa se qualquer um dos membros do C.M.S., e aprovada por 2/3 dos membros.

**Art. 29** Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pelo Plenário do C.M.S.

### BIBLIOGRAFIA

Constituição da República Federativa do Brasil  
Constituição do Estado de São Paulo  
Lei Orgânica do Município de São Paulo  
Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/  
SUS, NOB/96, Ministério da Saúde  
O Conselho de Saúde, publicação do Conselho Nacional  
dos Secretários Municipais de Saúde – Conasems