

**PORTARIA N.º 234
DE 07 DE FEVEREIRO DE
1992**

PORTARIA Nº 234, DE 07 DE FEVEREIRO DE 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS (respondendo), no uso das atribuições que lhe são regimentalmente conferidas e,

CONSIDERANDO a necessidade de continuar avançando no processo de construção e maturação do SUS;

CONSIDERANDO a necessidade de normalizar a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para 1992, a fim de evitar a descontinuidade de ações e serviços prestados à população;

CONSIDERANDO o consenso obtido entre a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, o CQNASS, o CONASEMS e o INAMPS no que diz respeito aos termos desta norma; e

CONSIDERANDO o consenso entre o CONASS e o CONASEMS sobre a oportunidade da publicação desta norma, resolve:

– Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria.

RICARDO ANEL

ANEXO I

NORMA OPERACIONAL BÁSICA – SUS/1992

INTRODUÇÃO

A presente Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, tem como objetivos normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Saúde, entendida como direito de todo cidadão e dever do Estado, a ser garantido pelo acesso gratuito, universal e equânime a um conjunto de ações e serviços de saúde organizados e distribuídos de forma regionalizada e articulados de forma hierarquizada, constituindo um sistema único, com gestor único em cada esfera de governo, de execução municipalista em termos operacionais e gerenciais, com obrigatória participação da sociedade organizada no seu planejamento, execução, controle e avaliação.

Além do texto constitucional, são fundamentos da NOB – SUS/92, as leis que regulamentam o SUS: a Lei 8.080, de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90.

A Lei 8.080/90 é a lei orgânica da saúde. Entre outros aspectos relevantes, ela define as responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal); tanto as comuns (planejamento, financiamento e controle), como as específicas de cada um. Traz, de forma muito clara, como incumbência primária do município, a execução das ações e a gestão dos serviços de saúde. Atribue aos estados, neste particular, apenas o que o nível municipal for incapaz de assumir; e ao Ministério da Saúde apenas o que estiver acima do nível estadual de competência. Ela define o repasse de recursos federais aos municípios e estados de forma regular, mediante critérios demográficos, epidemiológicos, de capacidade instalada e do desempenho, histórico progressivo.

A Lei 8.142/90 aborda, dentre outras, as questões das Conferências de Saúde, e define os pré-quesitos para que Municípios e Estados possam receber os repasses da União de forma regular e automática, quais sejam:

- a. Conselho de Saúde (participação da sociedade na administração do SUS)
- b. Fundo de Saúde (identidade e gestão específica dos recursos para saúde)
- c. Plano de Saúde (atuação planejada para produzir transformação)
- d. Relatório de Gestão (sistema de controle e avaliação)
- e. Comissão de PCCS para profissionais de saúde (política de recursos humanos). (Dispensável, no caso da existência efetiva de Plano de Carreira, Cargos e Salários já estabelecido).

f. Aplicação de recursos orçamentários próprios em saúde (co-participação responsável no financiamento do SUS)

As Leis 8.080/90 e 8.142/90, além do texto constitucional sobre a saúde, são leituras obrigatórias a todos quanto atuam nessa área e, em especial, àqueles que ocupam cargos/funções ou têm responsabilidade na administração do SUS.

Há que ser compreendido que o SUS não é sucessor do SUDS ou do INAMPS, nem, é um novo rótulo para um produto velho. Ele é um sistema inteiramente novo e diferente de tudo que se dispôs até hoje no Brasil. Ele não é um programa que foi lançado tal dia, nem uma edificação que será inaugurada em tal data.

A construção do SUS é um processo continuado, que demanda vários movimentos complexos aos quais os diferentes Estados e Municípios dão respostas diferentes. Por isso mesmo, o SUS encontra-se em diferentes estágios de implantação nas diversas regiões do país.

Dentre os vários movimentos destacam-se:

- universalização do acesso às ações e serviços de saúde, gratuitos e de qualidade, para todos os cidadãos;
- construção dos quesitos da lei 8.142/90 por todos os estados, municípios e Distrito Federal;
- descentralização, de fato, da execução das ações e da gestão dos serviços para os municípios;
- unificação, de fato, do comando em cada esfera de governo;
- aperfeiçoamento do financiamento; pelas três esferas de governo, das formas e critérios de repasses financeiros;
- reorganização da rede de serviços com estruturação de distritos sanitários;
- assimilação e descongestionamento das demandas
- substituição da "gestão da demanda" pela "gestão planejada para produzir transformação dos indicadores de vida, saúde e doença"
- alargamento da visão sanitária, transcendendo a "simples" questão. da assistência médica; e
- conscientização da sociedade sobre o que é o SUS e como participar dele.

Nestas circunstâncias, os Municípios, os Estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde estão em estágios diferentes de transformação e construção do SUS. Isto explica, em boa parte, o embaralhamento e superposição de papéis das três esferas gestoras do Sistema e eventuais fricções entre elas. São fenômenos naturais que devem ser administrados também em co-gestão. Pode-se dizer que o sucesso do Sistema dependerá fortemente da capacidade das três esferas pactuarem a co-gestão do SUS através do diálogo permanente, dos encontros freqüentes entre o MS, CONASS e CONASEMS, da cooperação técnica e da participação da comunidade.

Assim, a NOB – SUS/92 não pretende esgotar os temas que trata, nem ser a palavra definitiva sobre eles, nem ainda ter a durabilidade de uma lei, mesmo porque vários aspectos do SUS somente poderão ser definidos, e obrigatoriamente aperfeiçoados, durante o processo de sua construção. Mas, explicitando procedimentos (como a metodologia de financiamento federal ou o processo de municipalização) e clarificando papéis (p.ex. quem faz o quê em termos de planejamento, auditoria, controle e avaliação), a NOB – SUS/92 busca não só definir uma base concreta de operação do SUS para 1992 mas também constituir novo referencial para o permanente desenvolvimento do Sistema nos próximos anos.

1 – O PLANEJAMENTO

O planejamento, que deve ser desenvolvido através de uma metodologia participativa, é a projeção das ações a serem executadas e a racionalização dos procedimentos técnico-administrativos, necessários à execução dessas ações.

O planejamento é um processo permanente e dinâmico devendo contemplar também situações emergenciais equacionadas em curto prazo.

O planejamento é de competência das três esferas de Governo e constitui a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação, o controle e a gerência do sistema de saúde, e pressupõe o conhecimento

da realidade existente e dos instrumentos disponíveis e necessários para se atingir as metas propostas. Assim, o planejamento, além de ascendente, deve ser uma tarefa dos municípios, estados e União.

O conceito abrangente de saúde definido na Constituição deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção da doença, ao lado daquelas de recuperação.

No campo da promoção, são prioritárias as ações de educação em saúde para a população. Essas ações visam a redução dos fatores de risco individual que constituem ameaça à saúde das pessoas. E através dessas ações que se oferecem à população instrumentos de auto-cuidados que vão desde a orientação quanto a nutrição, a adoção de estilos de vida saudáveis, aconselhamentos específicos como o de cunho genético e sexual, educação para o trânsito e outros.

No campo da proteção são exemplos de ações: vacinações, saneamento básico, vigilância epidemiológica e sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos e ações de saúde ambiental. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar, a todo momento, o estado de saúde da população, permitindo desencadear, oportunamente, as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde. A vigilância sanitária busca garantir a qualidade de produtos de consumo, do meio ambiente e do local de trabalho, mediante a identificação, o controle ou a eliminação de fatores de risco à saúde neles eventualmente presentes.

As ações de recuperação da saúde a serem planejadas e desenvolvidas devem estar baseadas nos problemas de saúde de cada população e os serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares existentes, os quais devem estar estruturados para atender não apenas à demanda da doença mas também para oferecer cobertura, aos problemas de saúde da população.

O desenvolvimento das ações de saúde, sejam elas de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação, devem fazer parte do planejamento integrado das ações de saúde, pois somente através da integralidade das ações haverá a melhoria da qualidade da assistência.

Uma das conseqüências do planejamento será proporcionar o esclarecimento das responsabilidades das três esferas de governo, da definição da prestação e gestão dos serviços e do aporte dos recursos financeiros. Dessa forma, o processo de planejamento-orçamentação deve ser indivisível. Assim, a Programação e Orçamentação em Saúde – PROS, é essencial enquanto parte integrante e detalhamento dos planos de saúde.

O primeiro passo no processo de planejamento é a análise da realidade através do levantamento dos problemas de saúde, suas causas e pontos críticos e os recursos disponíveis: "do que e como as pessoas estão adoecendo ou morrendo?", "o que deve ser feito para melhorar os indicadores de vida/morte, saúde/doença?" A seguir são definidos os objetivos e metas a serem alcançadas e as atividades a serem desenvolvidas (é importante identificar, nessa fase, os possíveis entraves políticos, técnicos, administrativos e financeiros para a consecução de cada atividade e do plano de ação como um todo). Passa-se então à definição dos recursos necessários e das fontes de financiamento para cada atividade e ao estabelecimento de um cronograma de execução.

É importante também estabelecimento e implantação de um sistema de acompanhamento, avaliação e controle do plano de ação, fundamentado num sistema de informações.

2. O FINANCIAMENTO DO SUS – ASSISTÊNCIA A SAÚDE

A linha assistencial do SUS envolve o conjunto de ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, centradas no indivíduo. O financiamento de tais ações é competência das três esferas de governo (União, estados e municípios). Os recursos financeiros federais do SUS, que deverão somar-se aos recursos estaduais e municipais, estão classificados como: custeio das ações e serviços ambulatoriais, hospitalares e complementares e recursos para investimento na rede em obras, e equipamentos. Neste último caso, através do Pró-Saúde com base em planos tripartites de aplicação para os estados e municípios e de forma regular e automática para os Estados.

A partir do corrente exercício, tais recursos estarão alocados no Fundo Nacional de Saúde, permanecendo o INAMPS, ainda, mas tão somente, neste ano de 1992, atuando como via de repasse aos Estados, Distrito Federal e Municípios.

2.1. FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES HOSPITALARES

2.1.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos de saúde e pelos serviços privados, contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde serão pagas através do Sistema de Informações Hospitalares/SIH – SUS e seu formulário próprio AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

2.1.2. O quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar

– AIH, será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e os Conselhos de Saúde o planejamento e distribuição entre os prestadores, observando os seguintes aspectos;

– para o Município que atenda aos critérios estabelecidos para as transferências regulares e automáticas de recursos de custeio do SUS, conforme a Lei 8.142/90, será destacado, mensalmente, um número de AIH equivalente a um duodécimo de 8% de sua população e, obrigatoriamente, repassado à respectiva Secretaria Municipal de Saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde aprovarão os critérios de distribuição dos quantitativos de AIH entre os prestadores públicos, universitários, filantrópicos e privados, assegurada a prioridade nesta ordem;

– o restante (equivalente a 1/12 de 2% da população) será mantido sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, em fundo de compensação de demanda hierarquizada;

– estes percentuais podem ser modificados no Estado que estabelecer programa próprio de distribuição de AIH, sendo obrigatória sua aprovação pela entidade representativa das Secretarias Municipais de Saúde e pelo Conselho Estadual de Saúde, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde;

– portanto, as AIH estaduais ou sob gestão da SES, poderão ser distribuídas entre a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde, de duas maneiras pelo planejamento integrado, Estado e município, consolidado no Plano Estadual de Saúde e aprovado pelo CONSEMS e Conselho Estadual de Saúde; ou, de forma matemática, distribuindo diretamente aos municípios gestores 80% do seu quociente populacional e repassando o restante à Secretaria Estadual. A distribuição planejada tem precedência sobre o critério matemático. De todo o modo, quem deve distribuir as AIH entre os hospitais dos municípios gestor é o Secretário Municipal de Saúde, cabendo ao gestor estadual distribuir as AIH estaduais e municipais dos municípios não gestores.

– os municípios poderão pleitear AIH adicionais do fundo de compensação da Secretaria Estadual por sua atuação como referência estadual e aos municípios vizinhos, através de consórcios formais ou informais, quando referência microrregional;

– a distribuição das AIH entre os prestadores públicos, universitários, filantrópicos e privados será feita pelos Secretários de Saúde respeitando o plano de saúde aprovado pelo respectivo Conselho, bem como os dispositivos legais do SUS, sempre priorizando o setor público.

2.1.3. É competência das Secretarias Municipais de Saúde a celebração de contratos com hospitais que participarão do sistema de forma complementar, bem como sua exclusão, a não ser nos casos em que o estabelecimento se caracterize como sendo de referência. estadual, regional ou nacional.

2.1.4. No caso dos municípios "municipalizados" é competência das Secretarias Municipais de Saúde, em interação com seus Conselhos, a distribuição dos quantitativos de AIH entre os diversos prestadores, sempre priorizando o setor público.

2.1.5. O Índice de Valorização de Qualidade – IVQ, correspondente a um acréscimo de 20% sobre o total devido ao hospital a título de Serviços Hospitalares, será concedido e repassado aos hospitais que integram a rede do SUS (públicos e privados contratados ou conveniados), desde que atendam os critérios estabelecidos em instrumento específico.

2.1.6. O atendimento a tais critérios será definido através da auto-avaliação da unidade hospitalar em formulário próprio, ratificada pelo gestor local do SUS.

2.1.7. Para os hospitais universitários e de ensino, o IVQ incidirá sobre os Serviços Hospitalares, da mesma forma que nos demais hospitais. Tanto o IVQ quanto o FIDEPS incidirão, apenas sobre o total faturado originalmente, ou seja, não haverá sobreposição de índices.

2.1.8. As atividades ambulatoriais realizadas no âmbito dos hospitais, serão financiadas segundo as normas relativas às atividades ambulatoriais (item 2.2).

2.2. FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES AMBULATORIAIS

2.2.1 É competência das Secretarias Municipais de Saúde a celebração dos contratos de serviços ambulatoriais que participarão do SUS, de forma complementar, dentro de um teto estabelecido em planejamento integrado com a Secretaria Estadual de Saúde.

2.2.2. As ações e serviços de saúde, públicos e privados, contratados ou conveniados, realizados ao nível ambulatorial, que integram o Sistema Único de Saúde, serão pagos através de um sistema de financiamento ambulatorial.

2.2.3. A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a definir os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios é fixada através de Resolução do Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro em 1991 e desempenho da auditoria estadual do ano anterior.

2.2.4. O valor nominal da UCA, será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de

2.2.5. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração dentro do necessário para suprir a diferença constatada.

2.2.6. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial – RCA destinados anualmente aos Estados e Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, são obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

2.2.7. O planejamento físico e orçamentário das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos Municípios e Estado, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, quotas, referências e contra referências devem ser definidas com base na epidemiologia, características demográficas e capacidade instalada.

2.2.8. O valor mensal a ser transferido até o último dia de cada mês aos Estados, Distrito Federal e Municípios, será obtido da seguinte forma:

- o valor anual calculado será dividido em duodécimos, se constituindo no RCA/mês;
- do duodécimo subtrai-se o pagamento dos serviços ambulatoriais executados pelos prestadores públicos e contratados em caráter complementar conforme plano regional;
- deste resultado, dito resíduo, 30% serão transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde;
- os 70% restantes serão divididos novamente pela população de cada Unidade da Federação;
- o quociente encontrado corresponde a uma variável que, multiplicada pela população de cada município da Unidade Federativa, representa o repasse a ser efetuado às Secretarias Municipais de Saúde, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde.

2.2.9. Os municípios que não atenderem aos critérios estabelecidos para repasses regulares e automáticos conforme a Lei 8.142/90, terão os resíduos do RCA que lhes seriam destinados repassados às correspondentes Secretarias Estaduais de Saúde que, através de critérios aprovados pelos respectivos Conselhos e constantes do Plano Estadual de Saúde obrigatoriamente, os redistribuirão às Secretarias Municipais, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde.

2.2.10. Os estados que não tiverem cumprido o disposto no art. 4º da lei 8.142/90 deverão repassar os resíduos do RCA aos municípios por critério populacional.

2.2.11. Até o 20º dia após o recebimento do resíduo do RCA os Estados deverão encaminhar á DAF/INAMPS relatório dos valores repassados a cada município referentes a esse resíduo. O não encaminhamento na data prevista, implica em não envio dos resíduos do RCA subseqüentes.

2.2.12. O atual sistema de Guia de Autorização de Pagamento – GAP/PRESTADOR será substituído pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA – SUS).

2.3. ESTÍMULO A MUNICIPALIZAÇÃO DO SUS E AS AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA

2.3.1. O Fator de Estímulo à Municipalização – FEM, se caracteriza como repasse de recursos de custeio aos municípios efetivamente "municipalizados" dentro do SUS. São considerados "municipalizados" os municípios que atendem aos requisitos estabelecidos na Lei nº 8.142/90, para o repasse regular e automático dos recursos financeiros federais do SUS.

2.3.2. O montante a ser transferido aos municípios, "municipalizados" a título de estímulo à municipalização do SUS, será calculado da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do Estado;
- este valor é multiplicado pelo número de habitantes do município "municipalizado";
- o produto dessa operação será dividido por doze;
- o valor mensal a ser transferido ao município "municipalizado", corresponde ao duodécimo encontrado.

2.3.3. O repasse efetuado a título de Fator de Estímulo à Municipalização não será debitado do valor estabelecido para cobertura ambulatorial, quer do município quer do Estado, e independe da existência de resíduo.

2.4. INVESTIMENTOS NA REDE

A – Fator de Estímulo à Gestão Estadual

2.4.1. Os recursos de capital para aquisição ou recuperação de equipamentos para unidades assistenciais, já existentes, serão transferidos ao Distrito Federal e estados que tenham cumprido o disposto no art. 4º da Lei 8.142/90.

2.4.2. O Fator de Estímulo à Gestão Estadual – FEGE se destina a definir e reajustar os valores a serem repassados mensalmente, de forma regular e automática aos estados habilitados, para reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

2.4.2.1. A documentação comprobatória deverá ser encaminhada pela Secretaria Estadual de Saúde à Presidência do INAMPS, que deliberará sobre sua adequação e regularidade.

2.4.2.2. A habilitação ao repasse dos recursos correspondentes ao FEGE será reconhecida mediante comunicado formal e exclusivo para esse fim.

2.4.2.3. Os projetos de leis de criação do Fundo Estadual de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, em tramitação, e a conta especial, serão considerados para efeito de repasse de recursos do FEGE às Unidades Federadas.

2.4.3. Os valores da FEGE para os diferentes Estados e Distrito Federal correspondem a um percentual, que varia de 1% a 5%, do valor mensal calculado para cobertura das atividades ambulatoriais, de maneira inversamente proporcional aos valores definidos para os grupamentos de Estados no sistema de cobertura supra-citado, da seguinte maneira:

- Grupo de Unidades Federadas de valor de UCA mais elevado, inclusive São Paulo: FEGE = 1% do valor mensal estimado para cobertura ambulatorial;
- Grupo de Unidades Federadas de valor de UCA intermediário: FEGE = 3%;
- Grupo de estados de menor valor de UCA: FEGE = 5%.

2.4.4. Os Estados e Distrito Federal deverão administrar os recursos provenientes do FEGE através de estabelecimento de prioridades de investimentos necessários, contemplando projetos já previstos no consolidado dos Planos Municipais de Saúde aprovado pelos Conselhos Estaduais de Saúde.

8 – Pró-Saúde

2.4.5. O Pró-Saúde se caracteriza como um programa, que tem como principal objetivo a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

2.4.6. Os municípios a serem incluídos no programa, serão selecionados por um dos seguintes critérios:

- se caracterizarem como pólo de referência macrorregional;
- população igual ou superior a 200.000 habitantes;
- serem capitais das Unidades da Federação.

2.4.7. Os projetos deverão ser elaborados segundo roteiro padrão contemplando as seguintes áreas:

- a) Desenvolvimento Gerencial (Modelo Assistencial)
- b) Recursos Humanos (Desenvolvimento de RH)
- c) Recursos Físicos (reformas e/ou construção de unidades e aquisição e/ou recuperação de equipamentos)

2.4.8. O gerenciamento do projeto em todas as suas etapas – planejamento, orçamentação, execução e avaliação – será exercido por uma comissão formada por representantes das três instâncias de governo: federal, estadual e municipal.

2.4.9. Os repasses de recursos financeiros serão feitos, observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

C – Outros investimentos

2.4.10. As transferências de outros recursos para investimentos, que não os de repasse automático e regular e Pró-Saúde, poderão ser pleiteadas ao MS, justificadas em função dos Planos de Saúde e observados os seguintes aspectos:

- a) previstos no Plano Quinquenal de Saúde do MS;
- b) previstos nos planos Municipais e/ou Estaduais de Saúde, aprovados pelo respectivo Conselho;
- c) previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- d) em caráter de absoluta excepcionalidade.

3. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

São basicamente dois os sistemas de informação da linha assistencial do SUS, implantados e utilizados pelo nível federal: o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

Esses sistemas se constituem em grandes bancos de dados com informações relativas aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, disponíveis a todas as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde bem como a outras instituições que atuam na área. Tais dados podem e devem ser utilizados em todos os níveis para o planejamento, o controle e a avaliação de ações e serviços de saúde.

O SIA – SUS deverá estar totalmente implementado em todas as Unidades da Federação até março de 1992. É recomendável que o processamento seja feito no próprio Estado pela respectiva empresa estadual de processamento de dados ou pela própria Secretaria Estadual de Saúde, se capacitadas a fazê-lo. Os estados que não dispuserem de nenhuma destas duas alternativas, poderão servir-se de empresas estaduais de processamento de dados de estados vizinhos.

O SIH – SUS continuará a ser processado de maneira centralizada pelo nível federal, com a diretriz, em 1992, de capacitação das empresas estaduais com vistas e que estas assumam tal processamento e partir de 1993.

A operacionalização descentralizada dos dois sistemas possibilitará, aos estados e municípios, acesso mais rápido dos dados, bem como processamentos específicos adequados aos diferentes usos.

A partir do mês de julho, será obrigatória a apresentação das AIH em disquete.

A existência e obrigatoriedade de utilização destes dois sistemas não impede que outros, complementares, sejam desenvolvidos pelos estados e/ou municípios de acordo com suas necessidades, podendo mesmo ser citados como muito desejáveis, os de marcação de consultas, centrais de leitos e cadastro de estabelecimentos de saúde. Aos municípios será assegurado o direito de manter em seu serviço os registros geradores de dados e disponíveis, a nível local, para os procedimentos de auditoria, avaliação e controle dos demais níveis. O modo de colher os dados ou registrá-los é de exclusiva competência municipal, desde que asseguradas as informações indispensáveis ao nível nacional e/ou

estadual e as formas e meios por eles estabelecidas, bem como possibilidade de se resgatar a informação primeira, geradora do atendimento.

4. O CONTROLE E A AVALIAÇÃO

Controle e Avaliação são atividades de responsabilidade primária dos municípios; simultaneamente dos Estados e também do Ministério da Saúde.

O controle dos municípios deve ser permanente e direto sobre todos os serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, voltado à qualidade do atendimento aos usuários; à quantidade dos serviços concernentes aos planos de saúde e à capacidade instalada; à conformidade das contas médicas com os serviços efetivamente produzidos; à resolubilidade dos atendimentos; à gratuidade aos usuários.

A avaliação dos municípios deve analisar se os serviços produzidos foram eficientes, eficazes e efetivos; se atingiram as metas programadas e, acima de tudo, se produziram os resultados desejados. A avaliação é, portanto, essencial pré-quesito ao planejamento de período subsequente.

O controle e a avaliação desenvolvidos pelos estados serão permanentes porém não obrigatoriamente contínuos em todas as unidades e serviços assistenciais. Terão além do caráter de Controlar de forma periódica os serviços, a função de "controlar o controle municipal".

A avaliação realizada pelos estados tem o mesmo sentido da avaliação municipal, porém com abrangência estadual.

O controle e a avaliação exercidos pelo nível federal têm por objetivo principal a adoção de medidas corretivas para o aperfeiçoamento do Sistema, assumindo assim um caráter pedagógico e de cooperação técnica. Tais ações se desenvolverão de maneira essencialmente analítica através de demonstrativos e relatórios de acompanhamento dos serviços produzidos (SIA – SUS e SIH – SUS), ficando as ações operacionais, desenvolvidas através da verificação "in loco" nas unidades, restritas aos casos de desvio nos indicadores, de denúncia ou, preventivamente, por amostragem. Nestas circunstâncias, as visitas de inspeção deverão ser feitas em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde.

Finalmente, são objetos de análise do controle e da avaliação nas três esferas de governo, não apenas a qualidade, produção e o custo dos serviços prestados, ambulatoriais e hospitalares, como também a conformidade das ações desenvolvidas com os Planos de Saúde, os convênios de investimento e o desempenho dos órgãos e sistemas loco-regionais. Cabe a cada gestor, no seu nível de atuação, a definição das normas operacionais de funcionamento de seus respectivos Sistemas de Controle e Avaliação.

5. A AUDITORIA

A Auditoria compete controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, bem como acompanhar a execução dos programas de trabalho visando ao exame da regularidade, eficiência, eficácia e economicidade da gestão administrativa.

A avaliação técnica e financeira do SUS, em todo território nacional, será efetuada e coordenada pelo MS e INAMPS em conjunto com os estados, Distrito Federal e municípios.

O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados, Distrito Federal e municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas constatados a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos.

O controle e fiscalização da execução orçamentária, financeira e patrimonial compreenderá os seguintes aspectos:

- da legalidade dos atos de que resultem a realização da despesa;
- da responsabilidade de todos quanto, de qualquer modo efetue despesa, administrem ou guardem bens e valores públicos;
- do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de prestação de serviços;
- exame das Prestações de Contas dos agentes responsáveis, tendo por base os registros contábeis e financeiros compatibilizado com o plano de trabalho evidenciadas em parecer de auditoria a ser emitido

após verificação "in loco" com o propósito de comprovar a legalidade, legitimidade e economicidade na aplicação dos recursos públicos;

– orientação normativa, coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades das auditorias regionais;

Caberá ao INAMPS, órgão repassados dos recursos e responsável por imposição legal, perante o TCU, pelo cumprimento dos programas financeiros, exercer o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira:

– examinar e avaliar a aplicação e as transferências dos recursos orçamentários e financeiros das unidades conveniadas;

– coordenar inspeções nos órgãos gestores de recursos provenientes de convênios, acordos ou ajustes quanto à execução orçamentário – financeira das transferências de recursos efetuadas pelo INAMPS;

– solicitar a instauração de Tomada de Contas Especial quando a prestação de contas não for aprovada, e exaurida todas as providências cabíveis;

– estabelecer prazo máximo para que o responsável faça a apresentação da Prestação de Contas ou recolhimento dos recursos recebidos com os acréscimos legais devidos, segundo índice oficial contados a partir da data do recebimento até a data do recolhimento, quando esta não for apresentada dentro do prazo normal; e

– instaurar Tomada de Contas Especial da Entidade inadimplente quando for esgotado o prazo máximo estabelecido na apresentação da Prestação de Contas, bem como da Ordem de Recebimento não liquidada.

É importante salientar que cabe ao Estado fiscalizar e controlar a execução orçamentária e financeira no que diz respeito a seus recursos e receitas próprios.

6 – O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO PARA REPASSE DE RECURSOS

Caracterização

A municipalização na saúde não deve ser entendida apenas pelo cumprimento aos critérios, estabelecidos na Lei 8.142/90, para repasse, de forma regular e automática, dos recursos financeiros federais para cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios. Ela deve ser entendida principalmente pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e serviços de saúde em sua área de abrangência, planejando, decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. É o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal.

Na medida em que o município define suas próprias necessidades na área da saúde, bem como os meios para satisfazê-las, os recursos disponíveis são maximizados possibilitando o alcance da eficiência e eficácia do setor. Uma outra grande vantagem que se pode apontar é a de que ao aproximar os agentes decisórios e executores dos usuários, o sistema facilitará a participação mais efetiva da comunidade na definição e no controle das ações de saúde.

Nesta norma, entretanto, serão regulamentados apenas os aspectos relativos aos critérios para repasse dos recursos referentes à Lei 8.142/90 e ao fluxo da documentação necessária à aferição do seu cumprimento.

Requisitos Básicos

Para receberem os recursos, de forma regular e automática, para a cobertura das ações e serviços de saúde, conforme estabelecido na Lei 8.142/90, os municípios deverão contar com:

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – de natureza contábil e financeira, que deve ser previamente autorizado pelo poder legislativo, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde. Caso o Projeto-de-Lei para sua criação esteja comprovadamente em tramitação, a conta especial será considerada para fins do repasse, em caráter provisório.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – deve ter caráter deliberativo com composição paritária de representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde (50%) e usuários (50%). Cabe aos Conselhos a aprovação dos Planos Municipais de Saúde, bem como atuar na formação de estratégias de controle da execução da política de saúde.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e homologado pelo prefeito, será a base das atividades e programação da Secretaria Municipal de Saúde e seu financiamento será previsto na proposta orçamentária da Secretaria. "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." (Lei 8.080/90, artigo 30, parágrafo segundo).

RELATORIOS DE GESTÃO – deverão permitir o acompanhamento pelo Ministério da Saúde, através de seu sistema de auditoria, do executado em relação à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados ao Município. Esse relatório deve abordar, no mínimo, as finalidades essenciais da Secretaria; o Plano de Trabalho elaborado com metas e objetivos previstos: o plano de trabalho executado, em relação ao elaborado (atividades programadas e não programadas, com as justificativas pertinentes); e os resultados alcançados, evidenciando as metas ou objetivos realizados e a programação e execução orçamentária e demonstração financeira.

CONTRAPARTIDA DE RECURSOS PARA A SAÚDE NO RESPECTIVO ORÇAMENTO. – deve ser comprovada pela publicação no Diário Oficial do Município, da destinação global orçamentária. É recomendável que se observe a evolução dos recursos destinados a saúde no orçamento do Município, e que se estabeleça uma meta a ser alcançada de, aproximadamente, de 10% do orçamento.

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS – PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Cabe ao Estado controlar a manutenção do cumprimento de tais quesitos, podendo até, em casos extremos, solicitar a rescisão do Convênio de Municipalização.

Os projetos de lei de criação do Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, em tramitação, e a conta especial, serão considerados para efeito de repasse dos recursos financeiros federais, de forma regular e automática, aos municípios.

Fluxo de Documentação

6.1. A documentação comprobatória do cumprimento dos requisitos estabelecidos deverá ser encaminhada pelos governos municipais às respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, a fim de habilitá-los ao repasse regular e automático dos recursos financeiros federais do SUS.

6.2. Cada Secretaria Estadual de Saúde deliberará sobre a adequação e regularidade da documentação apresentada;

6.3. A habilitação ao repasse dos recursos (subitem 6.7) será reconhecida mediante comunicado formal e exclusivo para esse fim, encaminhado pelo Secretário Estadual de Saúde ao município requerente.

6.4. Se o comunicado previsto não ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação completa à Secretaria Estadual de Saúde, o Município encaminhará cópia do processo ao Coordenador de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS, no Estado, que deliberará a respeito.

6.5. As Secretarias Estaduais de Saúde encaminharão os processos dos municípios habilitados ao repasse regular e automático, dos recursos financeiros federais do SUS à Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS no Estado, que providenciará a elaboração do Convênio conforme Minuta Padrão, e após as assinaturas dos Gestores Estaduais e Municipais, enviará o convênio com Ficha Resumo e Ficha de Cadastro Financeiro (anexo) ao Gabinete do Presidente do INAMPS.

6.6. No INAMPS, após assinatura do Presidente e do Ministro da Saúde serão providenciados sua publicação e envio de cópia a CCTC e ao Interessado, bem como o empenho e os repasses financeiros.

7 – PRODUTIVIDADE E QUALIDADE

Na área da saúde, uma política de qualidade e produtividade é fundamental, objetivando, em última instância, assegurar, a cada usuário do SUS, um conjunto de serviços integrais de saúde capaz de produzir o melhor resultado com o mínimo de recursos disponíveis, atendendo ainda suas expectativas de satisfação.

Visando, num primeiro momento, incentivar a produtividade, a partir de janeiro de 1991, a modelo de financiamento dos serviços hospitalares públicos foi profundamente alterado, com a substituição da antiga modalidade de "orçamentação por verba" pela adoção das AIH (Autorização de Internação Hospitalar) de tal forma que, a unidade recebe, mensalmente, um valor equivalente à quantidade e complexidade dos procedimentos por ela realizados.

Nesta mesma linha, cabe agora aos gestores estaduais e municipais o desenvolvimento e universalização de mecanismos que possibilitem o pagamento de incentivos pessoais à produtividade, dedicação e deslocamento, o que já vem sendo praticado com sucesso por diversas Secretarias Estaduais e Municipais.

Em relação à qualidade, será implementado no SUS o Sistema de Avaliação de Qualidade em Saúde – SAQS, que tem como compromisso fundamental o incremento da qualidade do atendimento e da satisfação do usuário. As maiores responsabilidades deverão ser assumidas pelos gestores municipais ou, na sua impossibilidade, pelos estaduais.

Como princípios operacionais gerais e estratégicos deste Sistema, podemos citar:

a) **SIMPLICIDADE**: Não devem ser criados novos entraves burocráticos para os gestores e prestadores – os instrumentos de avaliação devem ser adequados à capacidade de resposta e ao nível técnico dos recursos humanos disponíveis no sistema, sem perder de vista, entretanto, um compromisso de melhoria de qualidade de tais recursos.

b) **RECONHECIMENTO DA HETEROGENEIDADE**: Deverão ser consideradas as diferenças de realidade (social, institucional e sanitária, por exemplo) buscando flexibilidade de critérios, sem abrir mão das definições essenciais do Sistema como um todo, tais como acessibilidade, integralidade e participação.

c) **DINAMICA**: A avaliação da qualidade deve ser compreendida como um processo em evolução permanente; no qual não só os componentes culturais devem ser encarados na sua mutabilidade e contradições, como também os padrões e indicadores traçados preliminarmente devem ser continuamente avaliados.

d) **GRADUALIDADE**: O sistema deverá evitar certas distorções inerentes aos processos gerados de forma centralizada, tais como ritualismo, intempestividade, burocratização, imposição de normas, etc.

Como medidas iniciadoras do processo de avaliação de qualidade no âmbito dos gestores e prestadores de serviços do SUS, podem ser citadas:

I – implantação do IVQ – Índice de Valorização de Qualidade, no valor de 20% de acréscimo sobre o faturamento da unidade sob a rubrica de Serviços Hospitalares para todos os hospitais públicos ou privados, integrantes da rede do SUS, desde que preencham os requisitos definidos pela SNAS/INAMPS, em comum acordo com as entidades representativas dos outros gestores do SUS (CONASS E CONASEMS);

II – elaboração de um documento básico sobre "Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde", que além de servir como instrumento de informação à comunidade, fundamente a implantação de um sub-sistema de avaliação de satisfação de usuário; e

III – incentivo para organização de "Comissões Internas de Avaliação e Controle de Qualidade" a nível dos prestadores públicos e privados.

Acima de tudo, o Sistema de Avaliação de Qualidade em Saúde deverá ter um caráter pedagógico para todos os envolvidos, dentro do qual o incremento à qualidade deve ser mais do que incentivado: provocado, e cuja avaliação constituirá uma responsabilidade conjunta dos gestores, prestadores e usuários.

8 – DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. O estabelecimento de políticas e normas específicas relacionadas às órteses e próteses ambulatoriais, medicamentos especiais, tratamentos fora de domicílio e campanhas de vacinação, bem como seu financiamento, deve ser resultado de um planejamento integrado, Estado e municípios e consolidado no Plano Estadual de Saúde.

8.2. O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, quando realizado dentro da mesma Unidade da Federação em que se situa o município de residência do paciente, terá as despesas, não previstas no pagamento da AIH, financiadas pelo município de residência, caso o tratamento se realize em outra Unidade da Federação, tais despesas correrão por conta da Unidade Federada de origem. O montante de recursos a ser repassado pelo nível federal, nos casos que comprovadamente tiverem que ser realizados fora do país, obedecerá valores pré-estabelecidos.

8.3. Até que sejam editadas normas específicas sobre o Sistema Único de Saúde – SUS e na ausência de outros instrumentos jurídicos que regulamentem os repasses de recursos financeiros, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

8.4. Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência e desde que observadas as disposições no Art. 17 da Lei 8.074, de 31/07/90, será utilizado o instrumento convencional como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

8.5. É vedada a utilização dos recursos em despesas que não se identifiquem diretamente com a realização do objetivo do Convênio ou serviços determinados.

8.6. Os recursos decorrentes de serviços prestados pelas unidades assistenciais se caracterizam como receita própria.

8.7. Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei 8.080/90, o montante a ser transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios será definido no Convênio, de acordo com:

a) o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;

b) empenho global (valor semestral e/ou anual).

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

8.9. Os casos omissos, recursos e outras pendências, deverão ser levados ao Conselho de Saúde da instância imediatamente superior que sobre eles deliberará, ouvido o gestor do SUS desta instância.

8.10. A partir de 1993 os recursos financeiros, destinados à assistência à saúde, serão repassados de forma globalizada aos Fundos Estaduais de Saúde, devendo ser administrados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e seus respectivos Conselhos, sem prejuízo das informações que deverão continuar a fluir para o nível federal, possibilitando o planejamento, o controle e a avaliação no que lhe compete. A implementação do planejamento ascendente e a Programação e Orcamentação em Saúde – PROS, em cumprimento às Leis nº 8080/90 e 8142/90, substituirão, assim, a atual sistemática dos repasses federais segmentados por atividades.

(Of. nº 74/92)