

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

# O SUS de A a Z

GARANTINDO SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

3ª edição  
2ª reimpressão

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Brasília – DF  
2009



© 2005 Ministério da Saúde.

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

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

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

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Departamento de Apoio à Descentralização

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício-Sede, 3º andar, sala 350

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2649

E-mail: [descentralizacao@saude.gov.br](mailto:descentralizacao@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/dad](http://www.saude.gov.br/dad)

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, ala B, 1.º andar, sala 130

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Telefax: (61) 3315-2121 / 3315-2828

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

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

*Equipe editorial:*

Normalização: Vanessa Leitão

Revisão: Janaina Arruda

Editoração: Alisson Albuquerque

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde.

O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

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

ISBN 978-85-334-1552-2

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

CDU 001.4:614

---

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

*Títulos para indexação:*

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

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



### **Apresentação**

Informação, ferramenta fundamental à boa gestão, 4

### **Introdução**

Para cada desafio, a resposta que lhe cabe, 6

### **Guia de uso**

Como consultar o SUS de A a Z, 10

### **Tópicos de A a Z**

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

### **Anexo A**

Legislações e normatizações do SUS, 396

### **Anexo B**

Contatos do SUS, 418

### **Anexo C**

Sistemas de informação em Saúde e bancos de dados, 456

### **Anexo D**

Redes de cooperação, bibliotecas virtuais e observatórios, 468

### **Equipe técnica, 477**

### **Ficha de avaliação, 479**



# INFORMAÇÃO, FERRAMENTA FUNDAMENTAL À BOA GESTÃO



O processo de descentralização da gestão do sistema de Saúde em curso no Brasil coloca-nos possibilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária pelos três entes federados. A pluralidade de contextos vivenciados por nossos municípios e regiões exige que desenhemos políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade. Nessa perspectiva, o papel de cada gestor é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas da população, presente em cada localidade brasileira.

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

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

Avançamos, assim, no esforço de qualificar a gestão da saúde brasileira, propiciando aos dirigentes do SUS informações essenciais à condução de questões ligadas ao cotidiano da gestão. Informar é reduzir as incertezas e oferecer ferramentas que auxiliem na identificação e superação dos problemas. Esperamos que esta publicação seja uma aliada permanente dos gestores, na importante tarefa de consolidar o SUS.

Conselho Nacional das Secretarias  
Municipais de Saúde

Ministério da Saúde



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



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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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



# COMO CONSULTAR O SUS DE A A Z



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

### Títulos de tópicos

---

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

**Em verde** – Tópicos remissivos, sem textos explicativos.

### Ícones dos tópicos

---



**(Como fazer?)** Explicita como operacionalizar ou encaminhar a questão tratada no tópico, pela ótica do gestor municipal.



**(Veja também)** Remete a tópicos que tratam de temas complementares.



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



## Sobre siglas

---

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

## Índice temático

---

Orienta a consulta remissiva aos tópicos, por afinidade temática.

## Sobre os anexos

---

### **Anexo A – Legislações e normatizações do SUS**

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

### **Anexo B – Contatos do SUS**

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

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

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

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

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

## Sobre o CD-ROM

---

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



- **Legislações e normatizações do SUS**

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

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

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

### **Ficha de avaliação**

---

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







# Tópicos de A a Z





Atenção básica à Saúde




## Abastecimento de água


---

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

 **Drenagem urbana, Esgotamento sanitário, Resíduos sólidos.**

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



 Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde, Regulação da atenção à Saúde, Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, Regulação estatal sobre o setor Saúde.

## Acidente

---

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

 Agravos à Saúde.

## Acidente por animais peçonhentos

---

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

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

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



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

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

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

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

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





## Acidente de trabalho (tipo/típico)

---

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



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



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

## Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS

---

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



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



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

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





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

## Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde

---

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

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



O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com res-

---

<sup>1</sup> FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.




ponsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

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



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

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

## ACS

---


 Agente Comunitário de Saúde.

## Acupuntura

---

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

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

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



## Acurácia diagnóstica

---

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

 Avaliação de tecnologias em saúde, alta complexidade.

## Agências de fomento – ciência e tecnologia

---

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



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


## Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde (Anpps)

---

Instrumento de gestão que orienta o fomento à pesquisa em saúde, promovido pelo Ministério da Saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população. É parte fundamental da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Objetiva aumentar a seletividade e a capacidade de indução das iniciativas de fomento à pesquisa no País. Abrange toda a cadeia de conhecimento relacionada à saúde, da pesquisa básica à operacional. Sua elaboração e implementação são de responsabilidade do Departamento de Ciência e Tecnologia, um dos três integrantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do Ministério da Saúde. É um instrumento participativo, resultante da negociação e do consenso entre órgãos gestores, conselhos de saúde, comissões intergestores, pesquisadores, trabalhadores do SUS e demais representantes da sociedade civil. Sua construção foi norteadada por consulta pública realizada entre os meses de março e maio de 2004. A Agenda e os resultados dessa consulta pública foram apresentados na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em julho de 2004



 Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

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


## Agente Comunitário de Saúde (ACS)

---


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

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

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

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



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

## Agravos à saúde

---


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


 Fatores de risco, Controle de doenças/agravos.

## Agravos à saúde relacionados ao trabalho

---

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

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


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




## Agrotóxicos

---

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

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

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

## Agrotóxicos/análises de resíduos

---

Por meio das ações do Programa de Análises de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para), tem sido possível evitar que alimentos contaminados



## A

por agrotóxicos cheguem às mesas dos consumidores brasileiros. O Programa também permite à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, a coleta de dados sobre uso de agrotóxicos no Brasil. As primeiras colheitas analisadas foram as do morango, com percentual de 50% de contaminação; do mamão, com 31% e do tomate, com 27%.



O município poderá organizar esse serviço de vigilância por meio de contatos e negociações com a vigilância de seu estado.



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

## Aids/DST

---



Programa Nacional DST/Aids.

## Aleitamento materno

---

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



Alimentação complementar adequada e oportuna; Alimentos complementares ou de transição



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



## Alimentação saudável

---

Padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos e de acordo com as fases do curso da vida. Notas: i) Deve ser acessível (física e financeiramente), saborosa, variada, colorida, harmônica e segura quanto aos aspectos sanitários. ii) Este conceito considera as práticas alimentares culturalmente referenciadas e valoriza o consumo de alimentos saudáveis regionais (como legumes, verduras e frutas), sempre levando em consideração os aspectos comportamentais e afetivos relacionados às práticas alimentares. O Ministério da Saúde publicou, em 2005, o Guia Alimentar para a População Brasileira, que consiste nas primeiras diretrizes oficiais sobre o tema para a população brasileira.


 Vigilância alimentar e nutricional.

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

## Alimentação complementar adequada e oportuna

---

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


 Alimentos complementares ou de transição; Aleitamento Materno.

## Alimentos complementares ou de transição

---

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





 Alimentação complementar adequada e oportuna; Aleitamento Materno.

## Alimentos/registro

---

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

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

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

## Alocação de recursos

---

 Financiamento do SUS.

## Alta complexidade

---

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente




portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.



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



complexidade deverão ser remetidos pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) para análise ao Ministério da Saúde (MS), endereçado à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada, Coordenação-Geral de Alta Complexidade. Portanto, antes de serem enviados ao MS, os processos de cadastramento deverão ser aprovados em âmbito regional.

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

## Ambiência

---

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

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





O conceito de ambiência segue primordialmente três eixos:

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



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


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


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

## Amianto (ou asbesto)

---

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

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

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





## Avaliação para Melhoria da Qualidade

### Análise de risco

---

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



#### Biossegurança.



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

### Análise de situação de saúde

---

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



#### Fatores de risco, Vigilância em Saúde.



Conjunto de procedimentos que deve ser incorporado ao processo de acompanhamento da situação de saúde, visando a oferecer subsídios aos gestores e às instâncias de participação e controle social para o planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde, permitindo maior clareza na definição das prioridades e na avaliação do resultado de suas ações. A análise do sistema municipal de saúde permite que seu funcionamento se torne mais eficiente, equitativo e democrático. Para tanto, deve buscar incorporar todos os sujeitos sociais envolvidos no processo. Inclui o diagnóstico de saúde (ou seja, o conhecimento das necessidades locais em saúde), o mapeamento da capacidade de oferta de ações e serviços (estrutura física, equipamentos, distribuição da produção e profissionais disponíveis) e sua distribuição social; o domínio dos processos de trabalho e das formas de organização da atenção à saúde, além da avaliação dos resultados alcançados, em termos de acesso dos usuários e melhoria dos indicadores de saúde.



Para analisar o sistema municipal de saúde é necessário: 1) definir previamente os objetivos da análise (o que se deseja verificar); 2) identificar as fontes de informações existentes ou programar a busca de informações, quando não estiverem disponíveis; 3) estabelecer os indicadores mais adequados para representar os fatos ou eventos que se deseja aferir; 4) proceder à análise do “comportamento” da saúde local, por meio de indicadores seguros, ao longo do período que se está avaliando e 5) buscar garantir espaços participativos para o debate sobre o diagnóstico e as ações a serem implementadas.

 Planejamento em Saúde, Gestão Participativa; Avaliação de desempenho do SUS; Relatório de gestão, Responsabilização sanitária.

## Anemia falciforme

---

A anemia falciforme é uma doença genética e hereditária, causada por uma anormalidade da hemoglobina dos glóbulos vermelhos do sangue (responsá-



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



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



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

## Angiostrongilíase

---

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

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



## Apoio matricial

---



Equipe de referência.

## Assistência farmacêutica

---

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



Para assegurar o uso racional de medicamento, o gestor municipal deve realizar o acompanhamento e a avaliação de utilização de medicamentos pelos usuários de sua comunidade. Também é fundamental que se mantenha bem informado e atualizado sobre a área e que promova a difusão de informação sobre o uso de medicamentos, mantendo um processo de educação permanente voltado tanto para os profissionais de saúde, quanto para os pacientes e toda a comunidade.




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



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



A Assistência Farmacêutica Básica, mantida pelo SUS, compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos destinados a complementar e a apoiar as ações da atenção básica à saúde; ela tem como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), atualizada em 2006. De acordo com os novos atos normativos do SUS, trazidos pelo Pacto pela Saúde 2006, o Programa de Assistência Farmacêutica Básica passa a ser denominado de Componente Básico da Assistência Farmacêutica, integrando, assim, o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. Esse componente é a Parte Fixa, cujo financiamento tripartite dá-se pela transferência de recursos financeiros do Governo Federal para as outras instâncias gestoras, além das contrapartidas estaduais e municipais; a Parte Variável, financiada exclusivamente pelo Governo Federal, consiste em valores per capita destinados à aquisição de medicamentos e de insumos farmacêuticos dos programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Os recursos da Parte Variável, destinados aos programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, já foram descentralizados para a maioria dos municípios brasileiros, enquanto que os recursos destinados aos demais programas continuam sob gestão do Ministério da Saúde, responsável pelo suprimento direto dos medicamentos preconizados pelas áreas técnicas dos respectivos programas.

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

 **Portaria nº 2.084, de 26 de outubro de 2005.**

### Atenção à saúde

---

É tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de do-



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

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

## Atenção às urgências

---

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



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



domiciliar - hospitais-dia e projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária; 3) instalação e operação das centrais de regulação médica das urgências integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS; 4) capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em Saúde, onde devem estar estruturados os Núcleos de Educação em Urgências (normatizados pela portaria nº 2.048 de 2002); 5) orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção. Ainda em 2003, foi publicada a Portaria nº 1.864, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) – 192, estando o serviço em implantação em todo o território nacional.



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



Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).



Portaria nº 2.047, de 5 de novembro de 2002; Portarias nº 1.863 e nº 1.864, de 29 de setembro de 2003.

## Atenção básica à saúde

---

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho



## A

em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e o controle social.



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



Política Nacional da Atenção Básica; <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>



## Atenção especializada

---


 Alta complexidade, Equipes de referência, Média complexidade.

## Atenção farmacêutica

---

Modelo de prática farmacêutica desenvolvido no contexto da assistência farmacêutica, compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Implica interação direta do farmacêutico com o usuário, visando à farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida. Essa interação deve envolver, também, as concepções dos seus sujeitos e o respeito às especificidades biopsicossociais de cada usuário, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

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

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

## Atenção hospitalar

---

A atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar. Ela tem sido, ao longo dos anos, um dos principais temas de debate no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e a grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar. O Brasil



## A

possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte. O desenvolvimento da gestão e do gerenciamento local das unidades hospitalares pode produzir avanços significativos na superação de dificuldades no sistema hospitalar do País. Para tanto, deve-se aprimorar os mecanismos de controle, avaliação e regulação dos sistemas de saúde e, ao mesmo tempo, dotar os dirigentes hospitalares de instrumentos adequados a um melhor gerenciamento dos hospitais vinculados à rede pública de saúde. A política da atenção hospitalar visa a promover de forma definitiva a inserção das unidades hospitalares na rede de serviços de saúde.

 Alta complexidade, Média complexidade, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

### Atendimento pré-hospitalar

---

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



Os gestores municipais de saúde devem estruturar, de acordo com a demanda em seu território, uma rede de urgência e emergência (capaz de atender da pequena à grande urgência), envolvendo serviços pré-hospitalares e em articulação com a rede geral de serviços de saúde, de modo a otimizar o atendimento e a prestar socorro imediato à população. Nesse contexto, insere-se o serviço de atendimento móvel de urgência (Samu).

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



## Atividade Física


---

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

## Atores sociais

---

Cidadãos (usuários, profissionais, gestores, etc.) ou agrupamentos (instituições, órgãos, comunidades, movimentos sociais, equipes de trabalho, etc.) que participam, organizadamente, da formulação da gestão, planejamento e monitoramento e controle social do SUS, interferindo técnica, política ou eticamente no processo participativo.

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

## Auditoria

---

 Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

## Avaliação

---

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, é o processo que se inicia com a implementação do Plano de Saúde e que se encerra findo o período de vigência do Plano (quatro anos). Esse processo destina-se, principalmente, a



manter sob controle a execução do Plano de Saúde. Ao final do processo, a avaliação deve estar expressa em documento que poderá ser organizado com o seguinte formato: síntese do processo de construção do Plano; avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos; avaliação do impacto da implementação do Plano sobre a situação de saúde; apresentação de recomendações relativas à construção do novo Plano, da reprogramação e das intervenções necessárias.



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

## Avaliação de desempenho do SUS

---

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


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

A avaliação de desempenho do sistema de saúde não substitui e não suprime a necessidade de realização das avaliações de políticas e programas. Ao contrário. O que se espera é que a implementação do processo de avaliação de desempenho do sistema possa se beneficiar das demais experiências de



avaliação, constituindo um espaço que as articule e para o qual possam convergir os resultados dessas abordagens. Isso permitirá uma visão integrada do sistema de saúde que facultará aos gestores, nas três esferas de governo, identificar com clareza os avanços obtidos e as intervenções necessárias para corrigir rumos. Não tem como objetivo punir ou premiar; almeja a construção de um sistema justo e responsável


### Relatório de Gestão


 [Portaria nº 665, de 29 de março de 2006.](#)

## Avaliação de tecnologias em saúde

---

Processo abrangente por meio do qual são avaliados os impactos clínicos, sociais e econômicos das tecnologias em saúde, levando-se em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, custo-efetividade, entre outros. Seu objetivo principal é auxiliar os gestores em saúde na tomada de decisões coerentes e racionais quanto à incorporação de tecnologias em saúde.

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

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

## Avaliação para melhoria da qualidade

---

Proposta de avaliação sistêmica da estratégia Saúde da Família baseada em metodologia de gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade e que considera os componentes de gestão municipal, coordenação técnica e práticas realizadas pelas equipes. O objetivo da proposta é apoiar



os gestores municipais e estaduais no monitoramento e avaliação da Atenção Básica, possibilitando a verificação dos estágios de desenvolvimento e de qualidade da estratégia nos municípios, identificando seus pontos críticos e suas potencialidades. Visa também auxiliar no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade. Tomando como ponto de partida as definições, princípios e diretrizes estabelecidos para a estratégia Saúde da Família, foram elaborados e validados por meio de amplo teste piloto, um conjunto de 300 padrões de qualidade. Este conteúdo está organizado em cinco diferentes instrumentos de auto-avaliação dirigidos a atores diferenciados: gestor, coordenadores, gerentes de unidades e profissionais de equipes. Os padrões, por sua vez, estão distribuídos em cinco estágios crescentes de qualidade: padrões do estágio E – qualidade elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia SF); padrões do estágio D – qualidade em desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho); padrões do estágio C – qualidade consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações); padrões do estágio B – qualidade boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados); padrões do estágio A – qualidade avançada (colocam-se como horizonte a ser alcançado representando excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados). A proposta integra um conjunto de ações contempladas no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) – especificamente em seu Componente III (avaliação e monitoramento).



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



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



[www.saude.gov.br/caadab](http://www.saude.gov.br/caadab)











## Banco de Preços em Saúde (BPS)

---

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



estimativa de consumo acima do real, com a provável formação de grandes estoques e possivelmente perda de material pela expiração do prazo de validade dos medicamentos.



Para consultar o Banco de Preços em Saúde basta acessar o site [www.saude.gov.br/banco](http://www.saude.gov.br/banco) e clicar no ícone “Consulta ao Banco”. Para esse procedimento não é necessário realizar credenciamento. As instituições que realizem compras de produtos da área de Saúde (hospitais, secretarias estaduais e municipais, fundações gestoras de unidades hospitalares) e desejem fornecer dados ao banco de preços devem solicitar seu credenciamento. O procedimento é simples e pode ser feito via internet; as instruções pertinentes também estão disponíveis no site supracitado.



Medicamento genérico, Mercado de medicamentos.

## Bioética

---

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



Biotecnologia.




## Biossegurança

---

B

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

 **Análise de risco.**

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

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

## Biotecnologia

---

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

 **Bioética.**


## Bloco da assistência farmacêutica


---

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



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

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

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


## **Bloco da atenção básica**


---

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



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

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

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


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


---

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



Pactuada e Integrada (PPI) da assistência, publicada em ato normativo específico. O Faec abrange recursos destinados ao custeio dos seguintes procedimentos: 1) os regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); 2) os transplantes e os procedimentos vinculados; 3) as ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; 4) os novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, sendo que esses últimos serão custeados pelo Faec por um período de seis meses para permitir a formação da série histórica necessária à sua agregação ao componente MAC. Os outros recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do Faec serão incorporados ao MAC dos estados, municípios e Distrito Federal conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

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

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

## Bloco de gestão do SUS

---


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


A transferência dos recursos no âmbito do componente de Qualificação da Gestão do SUS dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio



da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, com incentivo específico para cada ação que integra, sendo elas: I) Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; II) Planejamento e Orçamento; III) Programação; IV) Regionalização; V) Gestão do Trabalho; VI) Educação em Saúde; VII) Incentivo à Participação e ao Controle Social; VIII) Informação e Informática em Saúde; IX) Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; X) Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.


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

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


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



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

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




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

B

## Brasil Sorridente/política

---

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

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



## B



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









Cartão nacional de Saúde – Cartão SUS



## Cadastramento de estabelecimentos de saúde

---

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



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



Contratualização/Contratação de serviços de saúde, Habilitação.



o “Manual do CNES”, no endereço <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/download/download.htm>

## Cadeia de Cuidado Progressivo da Saúde (CCPS)

---





Atenção básica à Saúde.



### C

Vinculada ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), foi criada com a finalidade de debater, elaborar e recomendar normas sobre a regulação do exercício profissional de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e de acordo com as necessidades de saúde da população brasileira. Desta forma, guarda, entre suas atribuições, a elaboração de propostas e de ações de regulação para as profissões e ocupações da área de Saúde. Constitui-se em um fórum permanente de caráter consultivo e natureza colegiada, em cuja composição reúne Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Emprego, Anvisa, Conass, Conasems, Conselhos de Fiscalização de Exercício Profissional, entidades de caráter técnico-científico e representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (alteração feita pela Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006, que reestrutura a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde). Em seu regimento estão previstas audiências públicas como meio de aprofundar o debate com as representações profissionais, técnicas e especialistas sobre os temas de sua pauta de trabalho.

 **Gestão do trabalho e da educação na saúde, Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, Plano de carreira, cargos e salários do SUS (PCCS SUS), Vínculo precário de trabalho.**


 **Portaria nº 827, de 5 de maio de 2004; Portaria nº 174, de 27 de janeiro de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.**


## Câmaras municipais/notificações sobre transferências financeiras e convênios

---

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




 Contabilidade pública/como realizar orçamento; Convênios federais de saúde; Débitos/parcelamento; Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC29); Financiamento do SUS; Financiamento municipal do SUS; Fundo Municipal de Saúde; Fundo Nacional de Saúde (FNS); Fundos de saúde; Recursos financeiros/como gastar melhor?; Recursos financeiros/liberação; Recursos financeiros/transferência; Vinculação de recursos.

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

## Câmaras municipais/relacionamento


---


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

 Os secretários municipais devem fornecer, por meio do prefeito municipal, todas as informações solicitadas pelos vereadores, que têm poder e competência legal para solicitá-las. Quando essas informações forem solicitadas sob a forma regimental de requerimentos de informação, têm prazos a serem cumpridos, e o não-cumprimento pode acarretar processo de impeachment contra



o prefeito. A omissão dos secretários, por qualquer motivo, pode provocar a cassação do prefeito. Quando solicitados a comparecer à Câmara Municipal para explicação de atividades de suas pastas, os secretários devem dialogar com seus respectivos prefeitos, antes de confirmar suas presenças. Os prefeitos devem orientar seus secretários, avaliando as consequências políticas da ida ou não de seu auxiliar ao legislativo. Em princípio, devem comparecer sempre munidos de meios audiovisuais para que, de forma pedagógica e adaptada ao padrão cultural da maioria da casa legislativa, esclareçam os vereadores.


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

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

## Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS)

---

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


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

 Datasus, no Anexo B desta publicação – Contatos do SUS.




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



 Licitações, Registro nacional de preços de medicamentos e correlatos, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).


C


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

## Centrais de abastecimento farmacêutico

---

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

 Assistência farmacêutica, Dispensação, Medicamento de referência, Medicamento genérico, Medicamentos essenciais, Medicamento similar, Medicamentos/programas de distribuição, Notificação de receita médica, Programa Farmácia Popular do Brasil, Registro Nacional de Preços de Medicamentos e Correlatos, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

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

## Centro Cultural da Saúde (CCS)

---

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



doenças e fortalecendo as práticas preventivas; desenvolver uma abordagem histórica e educativa sobre as políticas e principais temas da saúde pública, apresentando sua evolução, situação atual e resultados alcançados. O CCS realiza mostras artísticas e culturais itinerantes (em âmbito nacional e internacional), por meio da internet.



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



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



[www.ccs.saude.gov.br](http://www.ccs.saude.gov.br)

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

---

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



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



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

C



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

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

---

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



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



[www.bireme.br](http://www.bireme.br)

## **Centros de Atenção Psicossocial (Caps)**

---

São serviços de saúde mental de base territorial e comunitária do SUS, referenciais no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos Caps é



oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, equipamento estratégico da atenção extra-hospitalar em saúde mental. Existem diferentes tipos de Caps, segundo seu porte e clientela: Caps I – serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; Caps II – serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população com mais de 70 mil habitantes; Caps III – serviço aberto para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante em grandes cidades; Caps i – voltado para a infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; Caps ad – voltado para usuários de álcool e outras drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso dessas substâncias.



Para implantar Caps públicos, verifique se o seu município tem mais de 20 mil habitantes e se não dispõe de outros recursos assistenciais em saúde mental, como ambulatorios, oficinas terapêuticas, centros de saúde com equipe de saúde mental, equipes de saúde mental na rede básica. Procure conhecer as normas técnicas que se aplicam aos Caps (referências abaixo). O Ministério da Saúde (MS) oferece incentivo único antecipado para os municípios que têm Caps em processo de implantação.



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



Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial, em <<http://www.saude.gov.br>> (Saúde Mental); Portaria nº 336, de 19 de fevereiro



de 2002; Portaria nº 189, de 20 de março de 2002; Portaria nº 1.935, de 16 de setembro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação

## C

### Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

---

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



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



Brasil Sorridente/política, Saúde Bucal.




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



### Ciclo da Assistência Farmacêutica

---

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

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

### Ciência e Tecnologia

---

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

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

---

Setor responsável, no Ministério da Saúde, pela informação e gerenciamento de emergências em saúde pública, de relevância nacional e internacional. Nos



estados e em alguns municípios, o equivalente são os Centros de Informação e Gerenciamento de Emergências em Saúde Pública. Estes setores, nos três níveis de gestão do SUS compõem uma rede integrada de informação de emergências, preparada para funcionar 24 horas por dia, todos os dias do ano. Estes centros atuam sobre os agravos de notificação imediata discriminados no anexo II da Portaria de Doenças de Notificação Compulsória.



<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22233](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22233)>

## CIP

---



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

## Clínica ampliada

---

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

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



De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limi-



tam às expressões das doenças de que são portadoras. É certo que um diagnóstico sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso. Mas, isso pode levar à suposição de que basta o diagnóstico para definir todo o tratamento para aquela pessoa. Entretanto, como já dizia um velho ditado: “na medicina, cada caso é um caso”. E isto pode mudar, ao menos em parte, a conduta do médico. Por exemplo, se a pessoa com hipertensão é deprimida ou não, se tem relacionamentos com outras pessoas ou não, se está empregada ou não, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença.


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


Vejamos um exemplo:

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



serviço de saúde poderia ter se concentrado no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento, ignorando, como ainda é muito comum de acontecer, a história e a situação social das pessoas que estão sob seus cuidados.

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

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

## Cobertura

---

É a taxa de acesso de usuários potenciais ao serviço de saúde ou a programas específicos, com oferta sistematizada, proporcionada de forma contínua e em lugares geograficamente acessíveis. No que diz respeito à atenção à saúde, garantir cobertura aos usuários é oferecer atendimento integral, universal e equânime, como garante a Constituição e a legislação brasileira. Todo usuário deve ter acesso e atendimento assegurado, sem restrições ou cláusulas de cobertura, a toda a rede de saúde do SUS. Esse acesso abrange todas as modalidades de cobertura adequadas ao atendimento de que o usuário necessitar, em todo o território nacional.

 Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde: Atenção à saúde; Humaniza SUS.

 Constituição Federal de 1988, Lei nº 8080/90.



Gestão é uma prática configurada pela proposição, planejamento, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de processos que constituem uma determinada organização e as tarefas e as atividades por realizadas em seu âmbito. Nas instituições de saúde, inclui a formulação, o planejamento, a programação, o orçamento, o gerenciamento, a execução, o monitoramento e a avaliação de planos, programas e projetos e deve contar com os mecanismos de controle social. A co-gestão é, por consequência, um modo de gestão compartilhado entre instituições do setor de saúde ou integrantes de outros setores governamentais ou da sociedade civil.



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



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

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


---

A base de dados ColecionaSUS é um mecanismo de divulgação da produção institucional da esfera federal dos SUS, que utiliza o aplicativo Lildbi, versão web, para sua descrição bibliográfica. Abrange, quanto à cobertura, por tipologia: monografias; periódicos; relatórios finais de projetos e programas



de saúde; anuários estatísticos; materiais gerados a partir de eventos organizados pelas instituições cooperantes e materiais especiais, como folhetos, pôsteres, cartazes, fitas de áudio e vídeo, multimeios, etc.

## C

 Centro Cultural da Saúde (CCS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), Conselho Editorial do Ministério da Saúde (Coned MS), Estação Biblioteca Virtual em Saúde (Estação BVS), Política Editorial.

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

## Colegiados de Gestão Regional

---


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




A constituição e a organização para funcionamento de um Colegiado de Gestão Regional deve adotar os seguintes procedimentos: 1) Composição do Colegiado, com as presenças dos gestores de saúde de todos os municípios envolvidos e da representação estadual. No caso da existência de Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) regionais, constituídas por representações e não sendo possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação no menor prazo possível para a inclusão de todos os municípios em seus respectivos Colegiados de Gestão Regional. 2) Constituição de uma estrutura de apoio ao Colegiado, por meio de câmara técnica e, eventualmente, grupos de trabalho formados por técnicos dos municípios e do estado. 3) Estabelecimento de uma agenda regular de reuniões. 4) Organização de uma estrutura de funcionamento do



Colegiado que contemple a execução, com qualidade, das seguintes funções: instituição de processos dinâmicos de planejamento regional; atualização e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI); elaboração do desenho do processo regulatório, com a definição dos fluxos e protocolos; priorização das linhas de investimento; estímulo às estratégias de qualificação do controle social; apoio aos processos de planejamento locais.


 Descentralização, Regiões de saúde, Responsabilização sanitária, Regionalização.


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

### Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

---

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

 Comissões Intergestores Bipartites (CIBs); Conselhos de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), no Anexo B desta publicação – Contatos do SUS; Instâncias de pactuação.

 Portaria Ministerial nº 1.180, de 22 de julho de 1991, no CD-ROM encartado nesta publicação e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no Anexo B desta publicação – Contatos do SUS.



## Comissões Intergestores Bipartites (CIB)

---

### C

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



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



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

## Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP)

---

Comissão instituída pela Portaria MS/GM n.º 2.261, de 22 de setembro de 2006, composta por representantes do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Coordenação-Geral de Recursos Humanos, do Departamento



de Informática do SUS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, que tem por finalidade: a) apresentar proposições sobre o conteúdo e a metodologia das ações de capacitação para as equipes dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das secretarias de saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios e sobre o cronograma de desenvolvimento de cada ação; b) apresentar proposições de melhoria para o funcionamento desses setores; c) apresentar proposição referente aos indicadores que serão usados na avaliação do impacto do ProgeSUS no que tange ao fortalecimento desses setores; d) acompanhar e apresentar proposições que contribuam para a eficaz execução do ProgeSUS; e) avaliar e classificar os projetos apresentados pelas Secretarias Municipais de Saúde na quarta etapa do componente I do ProgeSUS; f) definir o conjunto de dados que conformarão o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho.

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

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

## Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde

---

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

A Comissão Interministerial é composta por membros da Secretaria de Educação Superior (SESU), Secretaria de Educação a Distância (SEED) e Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), do Ministério da Educação,



e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), do Ministério da Saúde, além de representantes do Conass e Conasems.

Desempenha o importante papel de estabelecer as diretrizes para a formação de recursos humanos para a saúde no Brasil, em especial no que diz respeito aos critérios para autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos superiores na saúde e ao provimento e à fixação de profissionais em áreas prioritárias, conforme necessidades regionais. Há um claro desafio para que possam ser efetivadas políticas públicas sólidas e de longo prazo, com o objetivo de que a formação em saúde venha atender, efetivamente, as necessidades da população brasileira.

A seguir, destacamos as atribuições da Comissão Interministerial:

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

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

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

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

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

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





Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007.

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

---

C

Resultado de ampla articulação junto às diversas entidades e instituições representativas da área da Saúde desde 2005. A Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, elencando suas principais atribuições.

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

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



Residência Multiprofissional em Saúde.



Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007 e Portaria Interministerial MEC/MS nº 698, de 19 de julho de 2007.

## Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço

---

Instância de gestão descentralizada (regional) e participativa da Política de Educação Permanente em Saúde. Deve estar vinculada aos Colegiados de



Gestão Regional, como espaços que favorecem a articulação local de todos os atores institucionais, sejam da gestão, do controle social, das instituições de ensino e trabalhadores de saúde, para a identificação dos problemas locais e elaboração de estratégias educacionais para o seu enfrentamento. Entre suas atribuições estão: (1) apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; (2) Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria; (3) Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; (4) contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e (5) apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

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




## Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS

---

C

Fórum de discussão de natureza colegiada do Ministério da Saúde, instituído para formular políticas e diretrizes para a desprecarização dos vínculos de trabalho em saúde, sendo coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pelo Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação em Saúde (Degerts), criando assim, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). O Comitê Nacional compõe-se de representantes de vários departamentos do Ministério da Saúde, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, do Ministério do Trabalho e Emprego e de representantes das entidades sindicais e patronais que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Os gestores estaduais e municipais se fazem representar através de suas entidades – Conass e Conasems, respectivamente.

 Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

 Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003 e Portaria nº 928, de 2 de maio de 2006, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Comitê Técnico de Saúde da População Negra

---

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



SUS, participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra e assessorar a criação de comitês estaduais e municipais.

C



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



Descentralização; Integralidade; Municipalização.



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

## Comitê Técnico de Saúde da População GLTB

---

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



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



Descentralização, Integralidade, Municipalização.





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

## Compensação de Especificidades Regionais (CER)

C

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

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



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



Atenção Básica à Saúde; Política Nacional de Atenção Básica



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



## Complexo Industrial da Saúde

---

### C

O Complexo Industrial e de Inovação em Saúde incorpora os setores industriais, que se articulam com a rede nacional de serviços de saúde para constituir um conjunto altamente dinâmico de atividades econômicas de interesse para o setor Saúde, voltadas para produção de insumos estratégicos como, por exemplo, medicamentos, fármacos, vacinas, hemoderivados, kits diagnósticos, além de equipamentos e materiais para uso em saúde. Essa outra dimensão do setor Saúde, que vai além de sua dimensão social, configura um complexo de atividades produtivas de bens e serviços que alavanca segmentos-chave da sociedade contemporânea. Sob este prisma, a saúde é parte da política social e do sistema de proteção social e fonte de riqueza para o País.



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

## Complexo regulador

---


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



Os complexos reguladores devem ser implementados de acordo com os Planos Diretores de Regionalização e seus desenhos das redes de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou



nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão ser pactuada em processos democráticos e solidários entre as três esferas de gestão do SUS.

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

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), no Anexo B desta publicação – Contatos do SUS.

C

## Comunidades quilombolas

---

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

 Saúde da população negra.





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

## C

### Conferências de saúde

---

São espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes. São vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos conselhos de Saúde nas três esferas de governo. As decisões sobre as políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são expostas durante as conferências, quando é criada uma agenda para sua efetivação. As conferências nacionais são construídas de maneira descentralizada, iniciando-se nas conferências municipais de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ocorrer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de Saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.



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



Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Artigo 1º, Parágrafo 1º); Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em <http://conselho.saude.gov.br>

### Conferências municipais de saúde

---

Reúnem, de forma ampla, usuários, trabalhadores, prestadores e gestores do SUS, para discutir e refletir sobre as condições de saúde da população e a gestão do SUS, expressando posições e votando questões orientadoras do sistema. Os municípios devem manter em funcionamento um Conselho Municipal



de Saúde e realizar as conferências municipais de saúde, que possuem o papel preponderante de avaliar a situação da Saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas locais de Saúde. Seguindo a orientação descentralizadora do SUS, são de suma importância, por estarem mais próximas do usuário do serviço de saúde.



A Conferência Municipal de Saúde deve ter sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, conforme a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (art. 2 § 5º d). A conferência municipal de Saúde deve se reunir pelo menos uma vez a cada quatro anos, com a participação dos usuários (50%), de representantes do governo, dos prestadores de serviços e dos trabalhadores de saúde. Deve ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho Municipal de Saúde.



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



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

## Conselheiros de saúde

---

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




Para participar de um conselho de saúde, um cidadão precisa pertencer a alguma entidade, da qual será representante no colegiado. A maior



parte dos Conselhos de Saúde existentes estabelece formatos eleitorais nos quais a população pode candidatar-se a participar. Em geral, a população organizada em entidades civis é a mais ativa nesse processo. Compete aos gestores da Saúde informar às populações de seus municípios sobre os mecanismos de participação e controle social definidos pela legislação de saúde, fomentando a eleição dos conselheiros locais, usando para isso as formas disponíveis de mobilização social.


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

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

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

---

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

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



## Conselho Municipal de Saúde

---


C

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



A criação dos conselhos municipais de Saúde é estabelecida por lei municipal, com base na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

 **Conselhos de Saúde, Conferências municipais de Saúde, Conferências de saúde.**

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

## Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

---

Órgão que congrega os secretários de saúde dos estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, tendo por finalidade operar o intercâmbio de experiências e informações entre seus membros, assegurando a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar da saúde



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

 Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); Conselhos de Saúde; Instâncias de pactuação.

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

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

---

Entidade não-governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de Saúde. Sua importância no cenário político brasileiro deve-se à constatação de que cabe, prioritariamente, ao município a prestação de serviços de saúde, com a cooperação técnica e



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

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

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

## Conselhos de gestão participativa

---

São órgãos colegiados que objetivam ampliar a inserção e a abrangência da participação democrática no processo de gestão das unidades de saúde. Têm



## C

o papel de contribuir para o aperfeiçoamento do processo de gestão e podem ter natureza deliberativa ou consultiva. Devem ser constituídos como órgãos colegiados permanentes, assegurando a participação da população, dos trabalhadores e dos gestores no planejamento, acompanhamento, fiscalização, avaliação e controle da execução das políticas, serviços e ações de saúde, no âmbito de atuação de cada unidade, em conformidade com os princípios e diretrizes dispostos na legislação sanitária. Devem também garantir a implementação e fiscalização das recomendações e deliberações dos conselhos de saúde, em especial dos Planos de Saúde, além de avaliar e aprovar os relatórios de atividades, de produção e de desempenho da unidade de saúde. Devem dispor de informações sobre a qualidade do atendimento para o que reservam assento, como convidado permanente, ao ouvidor da unidade. Na ausência de ouvidoria, os conselhos de gestão participativa devem receber e analisar diretamente as queixas da população atendida no local.



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



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

## Conselhos de Saúde

---

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS, existentes em cada esfera de governo e integrantes da estrutura básica



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



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



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





## Consórcios intermunicipais de saúde

---

Também conhecidos como consórcios administrativos intermunicipais, são acordos despersonalizados, firmados entre entidades públicas de uma mesma espécie ou do mesmo nível, com a finalidade de desenvolver atividades comuns ou implementar programa de interesse comum. Têm natureza contratual e implicam a criação de uma pessoa jurídica de direito privado (civil ou comercial), vinculada às finalidades do consórcio, para executá-lo, que assume os direitos e as obrigações inerentes. Apresentam estrutura de gestão autônoma e orçamentos próprios, constituídos e financiados pelos gestores municipais, objetivando solucionar demandas específicas ou problemas de saúde que não podem ser resolvidos, de forma isolada, por cada município. A partir da edição da Lei n. 11.107/2005, a instituição de consórcios na área de Saúde deve ser baseada em suas orientações.



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

## Consórcios Públicos

---

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

Observados os limites constitucionais e legais, os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes que se consorciarem, inclusive, po-



derão desenvolver as ações e os serviços de saúde desde que obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS.

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

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

Consórcios podem ser constituídos para a execução de ações e programas, em áreas diversas da gestão pública, como saúde, manejo de resíduos sólidos, educação, abastecimento de água, esgotamento sanitário, uso comum de equipamentos e outras.



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



to se efetivou por ratificação de lei, sua retirada deve ser respaldada por lei específica. Além disso, a retirada ou a extinção do consórcio público não prejudicará as obrigações já constituídas. normas para a sua execução.

C



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

## Contabilidade pública/como realizar orçamento

---

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde são provenientes do orçamento da seguridade social, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). A Lei Orçamentária Anual (LOA) estima as receitas e fixa as despesas para um determinado exercício financeiro e é elaborada de acordo com a Lei das Diretrizes Orçamentárias. Todas as receitas e despesas são contabilizadas por meio de contas de resultado. Para cada despesa deve existir um crédito (dotação) à sua conta, correspondente ao seu valor. Não havendo crédito ou mesmo não sendo o seu valor suficiente, pode-se adicionar ao orçamento, por meio de créditos complementares, que podem ser especiais (quando não existir dotação específica) ou suplementares (quando já existir dotação específica, com valor insuficiente), face às necessidades existentes. Para o crédito especial, é necessária a aprovação do Poder Legislativo, o que não é necessário em caso de suplementação. Para atender às despesas emergenciais, deve-se usar o instrumento chamado crédito extraordinário. Para efetivar uma receita ou realizar uma despesa, deve-se obedecer ao disposto na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.



### Descentralização



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



## Contenção de materiais patogênicos

---

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

C



Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico.

Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 60p.: il - (Série A: Normas e Manuais Técnicos), Editora MS, Brasília: 2004 (ISBN 85-334-0793-9) ou pelo endereço [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora).

## Contratação de prestadores de serviços

---

Abrange todas as relações pactuadas e formalizadas de gestores com prestadores de serviços de saúde, estabelecendo obrigações recíprocas. No geral, cabe aos prestadores, públicos e privados, a produção de serviços de saúde cujos custos são feitos com recursos públicos, sob gestão de uma esfera de governo. A necessidade e a diretriz geral de contratação de serviços de Saúde são dadas pela Constituição de 1988<sup>2</sup>, no parágrafo único do artigo 199, que diz: “As instituições privadas poderão participar do SUS segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. A contratação de prestadores de serviços se viabiliza pelos contratos de serviços, convênios e contratos de gestão. As relações entre gestores do SUS e os serviços privados com fins lucrativos têm sido mediadas pelos contratos de serviços, baseados no pagamento de procedimentos por produção. Os convênios e contratos de gestão têm se destinado à relação entre gestores do SUS e entidades públicas, filantrópicas e sem fins lucrativos. As ações de contratação ainda carecem de uma

---

<sup>2</sup> BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.



reformulação dentro da nova política de regulação da atenção à saúde, na qual se pode prever a articulação com ações de programação, regionalização, controle, regulação do acesso e de avaliação. A contratação é instrumento necessário ao controle e à qualificação da assistência.



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



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



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



## Contratualização/Contratação de serviços de saúde

---

C

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



Os contratos de prestação de serviços devem ser entendidos como instrumentos de gestão, pois legitimam a relação do gestor com os prestadores de serviços de saúde. A Portaria 1.286, de 26/10/93 está sendo reformulada com a inserção de regras e orientações para contratação de serviços de saúde, visando a atualizar as diretrizes vigentes.



Cadastramento de estabelecimentos de saúde; Habilitação.



Portaria nº 414, de 11 de agosto de 2005.

## Controle assistencial


---

Compreende o Cadastro de Estabelecimentos, Profissionais e Usuários; a habilitação dos prestadores para prestação de determinados serviços; a programação orçamentária por estabelecimento; a autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade; o monitoramento e a fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento, por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial; o monitoramento e a revisão das faturas prévias, relativas aos atendimentos, apresentadas pelos prestadores de serviço; o processamento da produção de um determinado período e o preparo do pagamento aos prestadores.



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



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

C

 Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), no Anexo B desta publicação – Contatos SUS.

## Controle de doenças/agravos

---

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

 Regionalização.

## Controle social

---


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




## Convênios federais de Saúde

---

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

 No site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), na entrada “Convênios”, link “Normas de cooperação técnica e financeira”, poderão ser encontrados os formulários de preenchimento obrigatórios (Anexos I e II) e toda a documentação exigida. Após a impressão, preenchimento dos anexos e obtenção da documentação necessária, o dirigente responsável pela habilitação do convênio deverá entregar o material à Divisão de Convênios e Gestão do seu estado ou à Central de Recebimento de Projetos do FNS, em Brasília. A documentação exigida para a celebração de convênios, embora deva ser atualizada, conforme determina a legislação, não necessita ser reapresentada a cada pleito, proposta ou projeto de um mesmo dirigente responsável pela habilitação do convênio. A execução de convênios deve ocorrer de acordo com o objeto do convênio e do plano de trabalho aprovado. A prestação de contas deve ser feita na forma indicada nas Normas de Cooperação Técnica e Financeira, observado o disposto na IN/STN/MF nº 01/97, de 15/1/1997.




 Normas de Financiamento de Programas e Projetos Mediante a \_Celebração de Convênios e Instrumentos Congêneros, Orientações Gerais do Fundo Nacional de Saúde sobre a Execução de Convênios, em <<http://www.fns.saude.gov.br>>.


## C

### Cosméticos e produtos de beleza/registro

---

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

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

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

### Credenciamento

---

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

### Credenciamento na Saúde da Família

---

Anteriormente denominado de “Qualificação da Saúde da Família” este termo refere-se à autorização da esfera estadual e/ou federal para implantar a Estratégia Saúde da Família após sua solicitação por parte do município ou Distrito Federal. O processo de credenciamento da Saúde da Família se inicia com o município ou o Distrito Federal elaborando uma proposta de implan-



tação da Saúde da Família em conformidade com as orientações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estadual e/ou Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A proposta deverá ser aprovada no conselho municipal de saúde e encaminhada para a CIB estadual para apreciação e aprovação, as secretarias estaduais de saúde encaminham à esfera federal que analisa o pedido e encaminha para publicação no D.O.U.



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



Política Nacional da Atenção Básica; <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>.

## Custo-benefício em saúde

---

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



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

## Custo de oportunidade

---

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



Avaliação econômica em saúde.




## Custo-efetividade em saúde

---

### C

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

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

## Custo em saúde

---


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

 Avaliação econômica em saúde.

## Custo-minimização em saúde

---

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

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

## Custo-utilidade em saúde

---

Avaliação econômica completa que permite a comparação entre quaisquer tipos de intervenções de saúde, assim como dos efeitos das mesmas, medidos



em anos de vida ajustados pela qualidade (Avaq). Os custos das intervenções de saúde são expressos em unidades monetárias.

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

C





Dengue/programa




## Débitos/parcelamento

---

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

 **Convênios federais de Saúde, Financiamento do SUS.**

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

## Dengue/programa

---

O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) tem o objetivo de reduzir o número de óbitos e a incidência da doença no Brasil, envolvendo ações permanentes e intersetoriais, uma vez que não existem evidências técnicas de que, em curto prazo, seja possível a erradicação do mosquito transmissor *Aedes aegypti*. Implantado em 2002, desenvolve – em parcerias com esta-



dos e municípios – campanhas de comunicação e mobilização social visando à prevenção e ao controle do mosquito transmissor (eliminando potenciais criadouros do vetor em ambiente doméstico e tratando com larvicidas apenas aqueles onde ações alternativas não puderam ser adotadas). O PNCD instituiu dez componentes de ação, dentre eles, o fortalecimento da vigilância epidemiológica, de modo a ampliar a capacidade de detecção precoce de casos da doença; a integração do combate à dengue na atenção básica – com a mobilização dos programas de agentes comunitários de saúde (Pacs), Estratégia Saúde da Família e ações de saneamento ambiental visando à redução de criadouros. Neste componente, pretende-se estabelecer parcerias com vistas à instalação de uma rede de ecopontos para recolhimento e destinação adequada de pneus inservíveis. O *Aedes aegypti* é um mosquito altamente endófilo, utilizando na maioria das vezes os depósitos de água domiciliares e outros artefatos como seus principais criadouros. Segundo dados entomológicos, aproximadamente 70% dos criadouros estão no interior dos domicílios. Neste caso, as ações de saneamento domiciliar são de grande importância para o controle do mosquito. Ações simples, como a vedação de caixas d'água e outros possíveis depósitos de água, desobstrução de calhas, dentre outras, são importantes para o controle do vetor. A principal prioridade do programa é evitar a ocorrência de óbitos, diante da situação epidemiológica do País, onde os sorotipos DEN-1, DEN-2 e DEN-3 circulam simultaneamente.



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



Epidemia/controle, Saúde da Família, Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS), Teto Financeiro da Vigilância em Saúde (TFVS).




## Descentralização

---

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

D

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

 Gestão Financeira do SUS – Manual Básico.

## Desenvolvimento sustentável

---

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

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

 Segurança social, Vigilância ambiental em Saúde (VAS).

## Desnutrição

---

Expressão biológica da carência prolongada da ingestão de nutrientes essenciais à manutenção, ao crescimento e ao desenvolvimento do organis-



mo humano. Notas: 1) É um processo orgânico, determinado socialmente, na medida em que o sistema político-econômico regula o grau de acesso aos alimentos. 2) Esse estado refere-se normalmente ao tipo de desnutrição energético-protéica.

## D



**Alimentação Saudável; Distúrbios Nutricionais\_**



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

## Desprecariza SUS

---



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

## Difusão de Tecnologia

---

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

## Diretrizes Assistenciais

---

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

## Distúrbios nutricionais

---

São problemas de saúde relacionados ao consumo inadequado de alimentos (tanto por escassez quanto por excesso) e à carência de nutrientes e/ou mi-



cronutrientes como ferro, ácido fólico, iodo e vitamina A, entre outros. Notas: 1) Tanto a desnutrição quanto a obesidade são distúrbios nutricionais. 2) Outros exemplos relevantes para a Saúde Pública, em termos de magnitude, são a anemia ferropriva, a hipovitaminose A e o bócio endêmico.

## Distúrbios por deficiência de iodo (DDI)

---

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

 **Desnutrição; Distúrbios Nutricionais.**

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


## Direitos dos usuários


---

Os Direitos dos usuários da saúde estão especificados na Carta dos Direitos dos usuários da saúde elaborada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestora Tripartite, ela se baseia nos seis princípios básicos de cidadania. Com ela, o cidadão poderá conhecer quais são os seus direitos como usuário do sistema de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde dos brasileiros. De acordo com o primeiro princípio da carta, todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde. Assim, fica garantida aos usuários a facilidade de acesso aos postos de saúde, especialmente aos portadores de deficiência, gestantes e idosos. O segundo e terceiro princípios do documento esclarecem o cidadão sobre o direito a um tratamento adequado para seu



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

 Participação social em saúde.


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

## Diretrizes orçamentárias/legislação

---

A Constituição Federal de 1998, nos artigos 165 a 169 estabelece normas gerais para elaboração e execução financeira do orçamento. Constan dessas disposições constitucionais a previsão da existência do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

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

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



## Discriminação e preconceito

---

A discriminação é definida como “toda distinção, exclusão ou preferência fundada na raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social que tenha por efeito anular ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento no emprego e na ocupação”. Já o preconceito é toda “atitude negativa que contém uma predisposição à ação e se expressa a partir de uma indisposição ou um julgamento prévio que se faz de pessoas estigmatizadas por atributos conferidos a ela ou ao grupo a que pertence”. Preconceito e discriminação acontecem de modos diferentes. A discriminação pode ser proibida por meio de leis, normas e políticas públicas, mas não há como se proibir ter preconceito. Assim, é preciso inibir e mesmo reprimir por meios legais as práticas discriminatórias, e trabalhar pela consolidação da consciência ética, por meio de processos educativos, visando à superação dos preconceitos. Só teremos efetivamente a garantia da universalidade e da equidade no SUS, quando superarmos as discriminações e os preconceitos em todas as nossas unidades de atendimento e em todas as esferas de gestão.

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

## Dispensação


---


Dispensação é o ato do profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, dentre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros me-



dicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

## D

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

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

### **Distrito sanitário especial indígena**

---

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

 Saúde da população indígena.

### **Distúrbios Osteomusculares Relacionados com o Trabalho (Dort)**

---

 Lesões por esforços repetitivos (LER).



## Doença de Chagas/melhoria das habitações

---

D

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




A Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002 define procedimentos para celebração de convênios de natureza financeira pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), nos casos que especifica e implanta o sistema de convênios Siscon. A Portaria nº 151, de 2006, por sua vez, aprova os critérios e os procedimentos para aplicação de recursos financeiros (saneamento ambiental: saneamento básico, esgotamento sanitário, melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas e outros). Para cadastrar seu município acesse o site <[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)>, clique no link “Pleitos” e entre com os dados da prefeitura e a solicitação. Os municípios que poderão solicitar os pleitos são os que fazem parte da área considerada de alto risco e aqueles dos estados da BA, MG e RS que notificaram o encontro do *Triatoma* infestans.

Devem ser considerados aspectos da transmissão da doença, comportamento e biologia dos vetores e hospedeiros vertebrados (estudos entomológicos) e, acima de tudo, requerem planejamento e execução tendo a comunidade como condutora e parceira do processo, uma vez que as ações serão efetuadas em suas casas, respeitados seus hábitos e cultura.



 Saneamento ambiental, Saneamento/melhorias básicas domiciliares e coletivas.

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

## D

### Doença diarreica aguda (DDA)

---

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

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



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



## D

peças com doença falciforme conforme protocolos do Ministério da Saúde. As peças com a doença devem ser acompanhadas por equipe multidisciplinar nos serviços de saúde e orientadas quanto aos cuidados necessários para prevenir complicações e diminuir manifestações clínicas.



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



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



Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/index.htm>>; Portaria n.º 391, de 16 de agosto de 2005; Portaria n.º 1.852, de 9 de agosto de 2006; Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Doença relacionada ao trabalho

---

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



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





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

## Doenças de notificação compulsória

D

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



Para a maior parte desses agravos, a notificação deve ser feita quando existe suspeita da doença, sem necessidade de aguardar sua confirmação. Os agravos discriminados no anexo II da Portaria SVS/MS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, além da notificação periódica semanal no Sinan, devem ser comunicados imediatamente, em no máximo 24 horas a partir da suspeita inicial, às secretarias de saúde (municipal e estadual) e estas deverão informar,



também de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), por meio de telefonema, fax ou e-mail. Caso as secretarias não disponham de infra-estrutura (finais de semana, feriados etc.), a notificação imediata deverá ser feita à SVS/MS por meio de mensagem para [notifica@saude.gov.br](mailto:notifica@saude.gov.br) ou [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

## D



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

## Doenças e agravos não-transmissíveis

---

Grupo de doenças abrangente, do qual as mais prevalentes são as doenças cardiovasculares (doenças isquêmicas do coração, doenças cérebro-vasculares e hipertensão), as doenças crônicas não transmissíveis (câncer, diabetes, doenças renais e reumáticas etc.), os agravos decorrentes das causas externas (acidentes, violências e envenenamentos) e os transtornos de natureza mental. A vigilância de doenças e agravos não transmissíveis possibilita conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças, bem como os seus fatores de risco e proteção na população, identificando condicionantes sociais, econômicos e ambientais.



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

## Drenagem urbana/para controle da malária

---

O sistema de manejo de águas pluviais urbanas abrange o conjunto de obras, instalações, serviços e dispositivos normativos voltados para a sua captação ou retenção, infiltração ou aproveitamento, além da coleta, transporte, reser-



vação, contenção para amortecimento de vazões e cheias, melhora do fluxo dos cursos naturais e artificiais, tratamento e lançamento das águas pluviais. O manejo inadequado das águas pluviais e a má gestão das coleções hídricas, no meio urbano, podem contribuir para a proliferação de diversas doenças como malária, dengue, leptospirose, filariose, febre tifóide e outras, podendo ainda provocar enchentes que acarretam perdas de vidas humanas, acidentes e prejuízos financeiros.

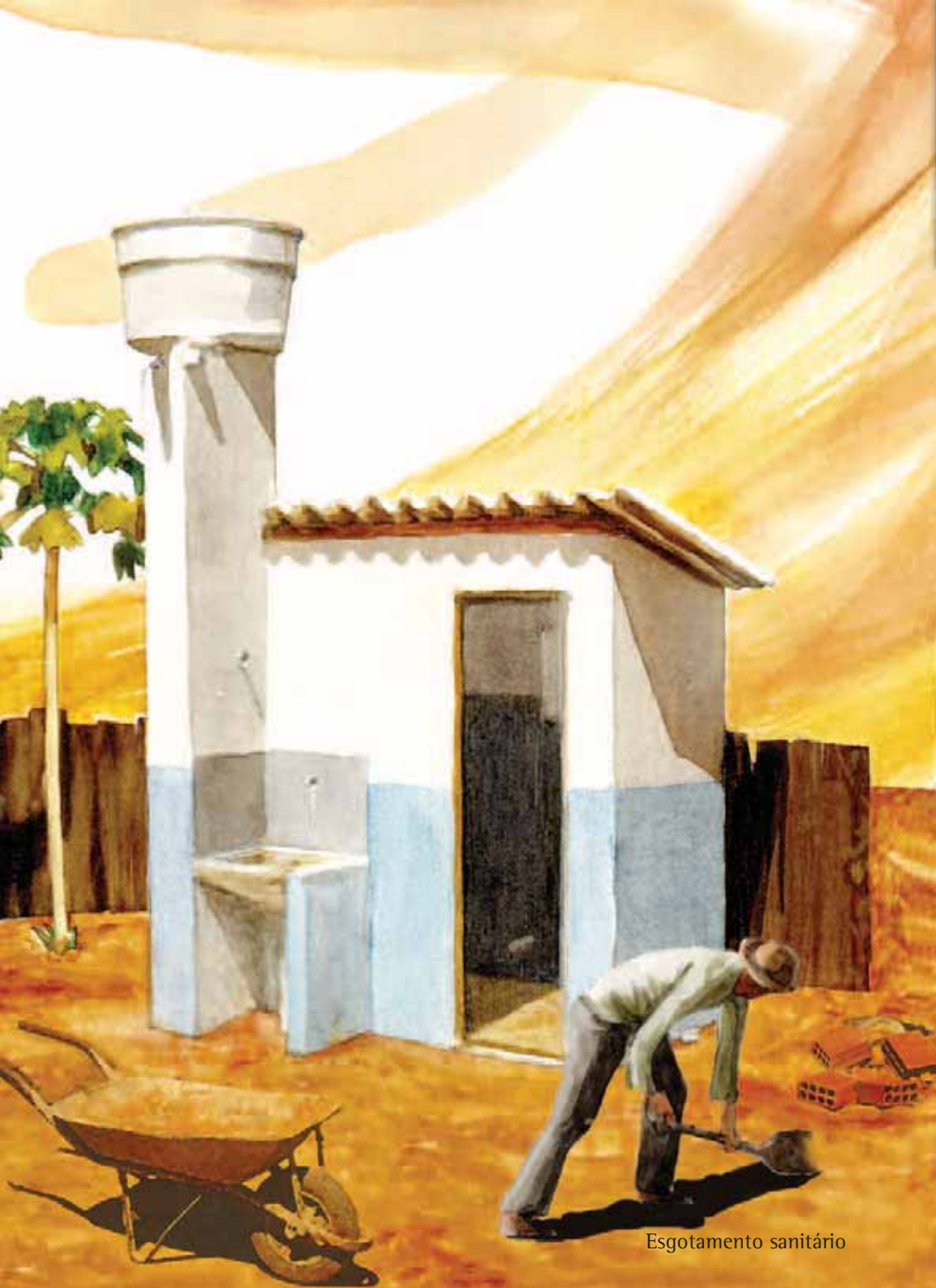


O Ministério da Saúde financia ações de manejo ambiental de águas pluviais e fluviais voltadas para controle da malária, as quais envolvem sistemas de micro e macro drenagem, remoção de vegetação e retificação de cursos de água. No planejamento dessas ações é de fundamental importância realizar pesquisas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



Abastecimento de água, Esgotamento sanitário.





Esgotamento sanitário



## Esgotamento sanitário

---


 Resíduos sólidos (lixo)/manejo urbano.

 <<http://www.funasa.gov.br>>; Portaria nº 443, de 3 de outubro de 2002; Portaria nº 106, de 4 de março de 2004.

## Economia da saúde

---

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

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



## Educação alimentar e nutricional

---

### E

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

 Alimentação Saudável.

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

## Educação continuada

---

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

 Política de Educação Permanente em Saúde.

## Educação em saúde

---

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



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

## Educação permanente em saúde

---


 Política de Educação Permanente em Saúde.

E

## Educação popular em saúde

---

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

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

## Efetividade em saúde

---

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

 Avaliação de tecnologias em saúde.



## Eficácia em saúde

---

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

 Avaliação de tecnologias em saúde.

## E

## Eficiência em saúde

---

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

 Avaliação de tecnologias em saúde.

## Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29)

---

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

 Conselhos de Saúde, Financiamento do SUS, Financiamento municipal do SUS, Vinculação de recursos.





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

## Endemias

---

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



Doenças de notificação compulsória, Epidemia/controle.

## Endemias / FILARIOSE LINFÁTICA

---

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

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



Entre as medidas de controle estão: triagem populacional por meio do exame de “gota espessa”, seguido do tratamento dos indivíduos detectados com microfilárias; e tratamento coletivo das populações que vivem em áreas endêmicas. As pessoas com manifestação clínica estão sob os cuidados dos técnicos que prestam assistência básica, ou são encaminhadas aos hospitais públicos quando necessário.

## E

### Endemias / ONCOCERCOSE

---

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

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

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

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

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



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

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

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



Doenças de notificação compulsória.



Glossário de Doenças e outros tópicos de A a Z no endereço <[www.saude.gov.br/SVS](http://www.saude.gov.br/SVS)>.

### Ensaio clínico controlado randomizado

---



Estudos clínicos com seleção aleatória de pacientes.

### Ensaio clínico controlado não randomizado

---



Estudos clínicos sem seleção aleatória de pacientes.



## Epidemia/controle

---


### E

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

 Doenças de notificação compulsória, Desenvolvimento sustentável, Vigilância epidemiológica.

## Equipamentos especializados/dificuldade de acesso

---

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

## Equipe de referência

---

Grupo multiprofissional que deve ser composto de acordo com os objetivos de cada serviço de saúde, tendo uma clientela sob sua responsabilidade. Todo



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

 **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; Atenção à Saúde; Humaniza SUS.**

## **Equipes profissionais**

---

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

 **Equidade em Saúde, Descentralização, Integralidade, Municipalização.**



## Eqüidade em saúde

---

### E

Igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. Implica implementar mecanismos de indução de políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde, por meio de diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores do Ministério da Saúde (MS), pesquisadores e lideranças de movimentos sociais. Objetiva alcançar a oferta de ações diferenciadas para grupos com necessidades especiais. Os comitês e grupos de trabalho de promoção da eqüidade em saúde são coordenados pela Secretaria de Gestão Participativa (SGP), que orienta o trabalho para as seguintes situações de exclusão social: população rural, população negra, população cigana e grupos com orientação sexual com demandas específicas ao SUS (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB).



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



Descentralização; Integralidade Municipalização.


## Escolas técnicas do SUS (ET SUS)

---

São instituições governamentais que têm como função principal promover a profissionalização de trabalhadores e empregados, sem qualificação específica, que atuam no setor da Saúde. Respondem a demandas por formação profissional, locais e regionais, em todas as categorias de nível médio, inde-



pendentemente do número de profissionais a serem capacitados e de acordo com as necessidades do SUS.


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

## Esgotamento sanitário

E

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

 Resíduos sólidos (lixo)/manejo urbano.

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



## Espaços colegiados de gestão

---

Espaços de natureza tecnopolítica característicos das instituições democráticas nos quais se propicia a condução compartilhada dos planos, programas e projetos sociais. No SUS, existem vários espaços colegiados de gestão, entre os quais se destacam as comissões intergestores.

### E

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

## Esquistossomose

---

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

O Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (PCE) tem como objetivos: evitar ou reduzir a ocorrência de formas graves e óbitos; reduzir a prevalência da infecção e interromper a expansão da endemia. A Vigilância Epidemiológica da esquistossomose está centrada na busca ativa dos portadores de *Schistosoma mansoni* por meio de inquéritos coproscópicos periódicos, da demanda espontânea à rede básica de serviços de saúde, e o tratamento dos infectados em tempo oportuno. As estratégias para o controle da doença são: diagnóstico precoce e quimioterapia dos portadores de *S. mansoni*; controle dos hospedeiros intermediários; obras de saneamento domiciliar e ambiental; educação em saúde e mobilização comunitária. O PCE está descentralizado para as gestões municipais. Esse processo intensificou-se a partir de 1999 após a regulamentação das regras de financiamento das



ações de vigilância e controle de doenças e recentemente da Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP-VS). Constituem a área endêmica os estados do Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás e o Distrito Federal. Registra-se maior intensidade de transmissão na região Nordeste e Norte do estado de Minas Gerais. É doença de notificação compulsória em áreas não endêmicas.



**Doenças de notificação compulsória.**



[Mais informações em Glossário de Doenças e outros tópicos de A a Z no endereço <www.saude.gov.br/SVS>.](http://www.saude.gov.br/SVS)

## Estação Biblioteca Virtual em Saúde (Estação BVS)

---

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



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



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



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

---

E

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

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

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

---

O EMRTCC é um estudo clínico duplo-cego randomizado que tem como objetivo testar a eficácia da terapia com células-tronco autólogas em 1.200 pacientes, 300 para cada uma das quatro cardiopatias analisadas: infarto agudo do miocárdio, doença isquêmica crônica do coração, cardiomiopatia



dilatada e cardiopatia chagásica. Estão envolvidos quatro centros-âncora, diversos colaboradores, os setores público e privado, além de diversas instituições de pesquisa. A duração prevista do estudo é diferente para cada uma das patologias: até 36 meses para cardiopatia chagásica, 30 meses para dilatada, 24 meses para doença isquêmica crônica e até 18 meses para o infarto agudo do miocárdio.

## ET SUS

---

E

 Escolas técnicas do SUS.

## Execução física e financeira/convênios

---

 Convênios federais de Saúde.



Fitoterapia e plantas medicinais







## Facilitadores de educação permanente em Saúde

---

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

 Formação de facilitadores de educação permanente em Saúde, Política de Educação Permanente em Saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Formação profissional técnica por itinerário, Pólos de educação permanente em Saúde.

 Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004; Portaria nº 1.829, de 2 de setembro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação; <http://www.ead.fiocruz.br/facilitadores/>

## Farmácia popular

---

 Programa Farmácia Popular do Brasil.



## Farmacovigilância


---

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



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

F

 Inspeção em vigilância sanitária; Medicamentos; Mercado de medicamentos; Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir); Propaganda de medicamentos; Termo de Ajustes de Metas (TAM); Vigilância sanitária.

## Fatores de risco

---

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



Doenças e agravos não transmissíveis.

## Fatores de risco relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

---

São condições que predispõe uma pessoa a maior risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis. A remoção ou reversão da exposição a estes fatores implica na redução da mortalidade e/ou da prevalência e/ou surgimento mais tardio das patologias. Os fatores de risco podem ser modi-



ficáveis – relacionados a fatores que podemos influir mudando, prevenindo ou tratando (tabagismo, hipertensão arterial, sedentarismo, excesso de peso, diabetes mellitus, entre outros) ou não modificáveis – que são os fatores que não podem ser mudados (fatores hereditários, idade, sexo, entre outros).

## Fatores de proteção relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis

---


F

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

## Febre amarela

---

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

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




## Fenilcetonúria (PKU)

---

F

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

 Anemia falciforme; Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

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


## Fibrose cística


---

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



rios, perda de sal pelo suor, dor abdominal recorrente, icterícia prolongada, edema hipoproteinêmico, pancreatite recorrente, cirrose biliar e retardo no desenvolvimento somático. O tratamento consiste em acompanhamento médico regular, suporte dietético, utilização de enzimas pancreáticas, suplementação vitamínica e fisioterapia respiratória. Finalmente, além do esquema vacinal normal, proposto pelo Ministério da Saúde, essas crianças deverão receber também imunização anti pneumocócica e anti-hemófilos.

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


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


F

## Filas nos serviços

---

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


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

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




### F

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

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




 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994; Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Financiamento municipal do SUS

---

Os municípios devem destinar 15% da totalidade da arrecadação do ISS, IPTU, Imposto de transmissão intervivos, Imposto de Renda incidente na fonte sobre rendimentos pagos, inclusive por suas autarquias e fundações, transferências do Fundo de Participação dos Municípios, transferências do ITR, transferências do IPI sobre exportações, transferências do ICMS e transferências do IPVA. Além disso, os municípios recebem repasses por meio de transferências “fundo a fundo”, regulares e automáticas e voluntárias oriundas dos estados e da União. A transferência dos recursos destinados à execução da atenção básica, aos procedimentos de média e alta complexidade e às ações específicas de programas e incentivos do MS observada as condições de gestão, bem como as qualificações de estados e municípios aos respectivos programas e incentivos, de acordo com regulamentação específica. Os repasses ocorrem independentemente de convênios ou instrumentos similares e se destinam ao financiamento das ações e serviços do SUS. Se determinado município deixa de atender aos requisitos estabelecidos pela lei na administração dessas verbas, perde sua habilitação para geri-las, e elas passam a ser administradas, respectivamente, pelos estados ou pela União.


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


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



### F

A Fitoterapia é uma prática terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal, cuja abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais e produtos derivados no âmbito sanitário, tendo em conta o seu uso por grande parte da população mundial no que se refere à atenção primária de saúde. O reconhecimento de seu valor como recurso clínico, farmacêutico e econômico tem crescido progressivamente em vários países, os quais vêm normatizando e legislando acerca dos diferentes critérios de segurança, eficácia e qualidade que devem envolver esses produtos. O Brasil possui inúmeras vantagens e oportunidades para o desenvolvimento dessa terapêutica, como, por exemplo, a maior diversidade vegetal do mundo, a ampla sociodiversidade, o uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e a tecnologia para validar cientificamente este conhecimento. O interesse popular e institucional vem crescendo no sentido de fortalecer a Fitoterapia no SUS, demonstrado pelo número crescente de programas nos estados e municípios brasileiros, assim como é crescente o incentivo a pesquisas e desenvolvimento tecnológico de plantas medicinais e fitoterápicos.

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

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



## Fitoterápico

---

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



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



Decreto 5.813, de 22 de junho de 2006; Portaria nº. 971, de 4 de maio de 2006; Portaria nº 1600, de 18 de julho de 2006; Portaria nº 853, de 17 de novembro de 2006; <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>; <[www.saude.gov.br/sctie/daf](http://www.saude.gov.br/sctie/daf)>.


## Fluoretação das Águas de Abastecimento Público

---

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



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


 Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (<[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>); Lei n.º 6.050, de 24 de maio de 1974; Decreto Federal n.º 76.872, de 22 de dezembro de 1975; Portaria GM/MS n.º 635, de 26 de dezembro de 1975; Portaria GM/MS n.º 518, de 25 de março de 2004; Programa Brasil Sorridente – A Saúde Bucal levada a sério/Sub-componente Fluoretação da Água: CARTILHA DO GESTOR; Manual de Orientações Técnicas para elaboração e apresentação de propostas e projetos técnicos de Fluoretação de Sistema Público de Abastecimento de Água (<[www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)>).

## F

### Formação de agentes sociais

---

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

 Para formar os conselheiros do seu município, o gestor precisa discutir com o Conselho Municipal de Saúde a necessidade de fortalecimento do controle social em sua gestão e sua disponibilidade para desenvolver programas dessa natureza; discutir com o Conselho o papel do Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEP), ao qual o município pertence, e qual a participação do controle social nos espaços dos pólos; construir projetos de fortalecimento do controle social e de capacitação de conselheiros, que serão pactuados no PEP, com participação dos conselhos estadual e nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (MS) e dos atores sociais, com foco no controle social para o desenvolvimento de suas ações.



## Formação de ativadores de mudanças na graduação

---

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



de mudança invariavelmente envolvem grupos, equipes e coletivos de escolas e serviços de saúde. Atualmente, os ativadores estão sendo convocados a cooperar com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), pois um levantamento realizado pelo Deges/SGTES/MS demonstrou que 70% das 56 Instituições de Educação Superior selecionadas pelo Pró-Saúde tinham representantes no curso de especialização de ativadores



Política de Educação Permanente em Saúde.

F



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

## Formação de facilitadores de educação permanente em Saúde

---

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



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



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




## Formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

---

A lei que criou a profissão de ACS trouxe a necessidade de um processo formal de qualificação para esses trabalhadores. Para definir essa formação, durante o ano de 2003, o Ministério da Saúde elaborou um perfil de competência profissional dos ACS, com a participação de gestores estaduais e municipais do SUS, trabalhadores, serviços e instituições formadoras. A partir daí, foi elaborada uma proposta para a formação do ACS, levando em consideração os seguintes aspectos: política de formação estabelecida pelo MEC (legislação educacional); política de formação dos trabalhadores de nível médio do SUS; especificidade do trabalho do ACS; diversidade da escolarização desses profissionais. O Ministério da Saúde propôs que a formação do ACS aconteça a partir de itinerários formativos (ou seja, a formação é oferecida em etapas subseqüentes e o reconhecimento de cada etapa prévia assegura que seja garantida a progressão dos estudos aos agentes, conforme sua escolaridade). Independentemente da escolaridade, o trabalhador poderá começar a formação inicial e, ao mesmo tempo, complementar sua escolaridade. Além disso, a proposta prevê a possibilidade de o ACS dar continuidade aos estudos de formação profissional. O itinerário de formação do ACS começa pela formação inicial, com uma carga horária de aproximadamente 400 horas. Essa formação deve ser prioritariamente uma formação em serviço e estará a cargo das escolas técnicas do SUS. Ou seja, a formação deve ser coordenada pela escola técnica e realizada de forma descentralizada, de modo que os agentes não tenham que se afastar do trabalho para cumprir boa parte da formação. A construção das propostas de formação dos ACS tem sido discutida pelos gestores municipais e estaduais e escolas técnicas do SUS. As Escolas, que serão responsáveis por dessa formação, têm o compromisso de promover a articulação loco-regional, principalmente com os gestores municipais. O Ministério da Saúde se encarrega do financiamento das 400 horas iniciais, desde que os projetos estejam coerentes com os princípios já apresentados. Além da formação dos agentes, as propostas devem prever também a forma-



ção pedagógica para os docentes que irão atuar de maneira descentralizada, bem como a confecção de material didático. Os recursos para essa formação serão repassados “fundo a fundo” para gestores estaduais ou municipais, dependendo do âmbito de desenvolvimento da formação.

 **Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Formação profissional técnica por itinerário.**

 Portaria nº 2.474, de 12 de novembro de 2004.

## F

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

---


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

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

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




nharam à SGTES projetos para a formação de ACD/THD que foram analisados e contratados.

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

## Formação profissional técnica por itinerário

---

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

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


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

---

Apesar de o setor saúde ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado, a gestão do trabalho no SUS tem sido feita, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, o que faz aumentar ainda mais o grau dos conflitos da área, que, por si só, costuma ser bastante elevado. Dessa forma, buscando espelhar a experiência do Ministério da Saúde no tocante à gestão do trabalho e da educação na saúde, bem como enfrentar a pouca relevância das atuais estruturas de gestão do trabalho e da educação em fração importante das secretarias estaduais de saúde, e sua inexistência em grande parte das secretarias municipais, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts/SGTES/MS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS) propõem a reformulação dessas es-



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

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

## Fortificação de alimentos

---

Prática de aumentar deliberadamente o conteúdo de um micronutriente essencial, isto é, vitaminas e minerais (incluindo elementos traços), no alimento,



assim como melhorar a qualidade nutricional do produto alimentício e proporcionar um benefício à saúde pública com um risco mínimo à saúde. No Brasil, a fortificação das farinhas de trigo e milho com Ferro e Ácido Fólico é obrigatória, com o objetivo reduzir as prevalências de anemia ferropriva e de patologias do tubo neural. É regulamentada pela Resolução RDC da Anvisa nº 344, de 13 de dezembro de 2002.


 Alimentação Saudável; Desnutrição; Distúrbios Nutricionais.


## Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil

---

F

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

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

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

## Fundo a fundo/recursos

---

 Financiamento do SUS.



## Fundo Estadual de Saúde

---

 Fundos de Saúde.

### Fracionamento de Medicamentos

---


F

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

### Fundo Municipal de Saúde (FMS)

---

O Fundo de Saúde integra todos os recursos a serem utilizados nas ações e serviços de Saúde e deve ser gerenciado pelos secretários de Saúde. No caso do município, tendo em vista que este é o responsável sanitário por excelência, ou seja, em função do SUS, as ações e serviços são descentralizados ao município, para poder cumprir com essa responsabilidade, por meio de unidades de Saúde, próprias ou prestadores de serviços credenciados para atuar na rede, é indispensável a criação dos fundos de saúde por meio de lei. É necessário que haja uma organização mínima do Fundo, compatível com o grau de complexidade da rede de serviços, com vista à manutenção das ações e serviços e dos pagamentos em dia. Mais informações no Manual de Gestão Financeira do SUS.

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



## Fundo Nacional de Saúde (FNS)


---


Fundo especial organizado de acordo com as diretrizes e objetivos do SUS, cujos recursos estão previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA), de acordo com o Plano Plurianual dos Projetos e Ações Governamentais e provenientes de fontes nacionais – de receitas do Tesouro Nacional e de arrecadação direta do FNS – e internacionais – de acordos firmados pelo governo brasileiro com instituições financeiras internacionais, como o BIRD e o BID para financiamento de projetos na área de Saúde. Constituem recursos do FNS os consignados a seu favor nos Orçamentos da Seguridade Social e Fiscal da União; os decorrentes de créditos adicionais; os provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de cooperação técnica, de financiamento e de empréstimo; os provenientes do Seguro Obrigatório do DPVAT; os resultantes de aplicações financeiras; os decorrentes de ressarcimento de recursos por pessoas físicas e jurídicas originários de prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditoria; as receitas provenientes de parcelamentos de débitos apurados em prestação de contas de convênios ou derivadas do acompanhamento de auditorias e de financiamentos relacionados com as ações e os serviços de Saúde; os créditos provenientes dos agentes ou das entidades integrantes do SUS, bem como aqueles resultantes de transações financeiras e comerciais; as receitas provenientes do ressarcimento previsto no Artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; os obtidos por intermédio de operações de crédito; as receitas provenientes da execução de seus créditos; os saldos positivos apurados em balanços, transferidos para o exercício seguinte; as rendas e receitas eventuais que lhe venham a ser destinadas; os de outras fontes, de acordo com o Artigo 32 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. A gestão dos recursos é exercida pelo diretor-executivo, sob a orientação e supervisão do Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, observando o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do Ministério da Saúde, nos termos das normas definidoras dos orçamentos anuais, das diretrizes orçamentárias e dos planos plurianuais. A execução dos recursos é feita, em nível central, por meio da unidade gestora da Diretoria-Executiva do FNS e das unidades gestoras criadas junto às áreas técnicas do Ministério da Saúde. Nas unidades federadas,

F



por meio das unidades gestoras descentralizadas junto às representações estaduais e unidades assistenciais do SUS, sob a gestão do Ministério da Saúde (MS). Todos os recursos transitam em conta única do FNS em consonância com o preceito constitucional de aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio de fundo de saúde. Os recursos financeiros do MS, administrados pelo FNS, destinam-se a prover: despesas correntes e de capital do MS, seus órgãos e suas entidades, da administração direta e indireta, integrantes do SUS; transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde, destinadas a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial e hospitalar e às demais ações de saúde do SUS a serem executados de forma descentralizada pelos estados, Distrito Federal e municípios; financiamentos destinados à melhoria da capacidade instalada de unidades e serviços de saúde do SUS; investimentos previstos no Plano Plurianual do Ministério da Saúde e na Lei Orçamentária Anual; outras despesas autorizadas pela Lei Orçamentária Anual.

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

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


## Fundos de Saúde

---

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



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

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

## Fundos setoriais de pesquisa

---

## F

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

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







## Genérico/medicamento


---

 Medicamento genérico.

## Geração de renda em saúde mental

---

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

 Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil; Programa de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica; Programa de volta para casa; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)/psiquiatria; Reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica; Saúde mental; Serviços residenciais terapêuticos



## Gestão colegiada

---

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

### G



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



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


## Gestão do trabalho e da educação na Saúde

---

Conectado com a realidade profissional e social, o Ministério da Saúde vem repensando as políticas públicas em relação à formação e ao trabalho em saúde, mais efetivamente a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003. Na área da Educação na Saúde, estão sendo implementadas ações articuladas, visando garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de qualificação, de formação técnica e pós-graduação, além da promoção de mudanças na formação dos profissionais da saúde, com vistas à integralidade e ao desenvolvimento da humanização da atenção em saúde. Da mesma forma, a área do Trabalho em Saúde vem promovendo um conjunto de ações, tais como a implementação das Diretrizes para o Plano de Carreira,



Cargos e Salários do SUS; a despreciação dos vínculos de trabalho no sistema de saúde; o apoio à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde; o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde e a proposta de organização da gestão do trabalho nas três esferas de governo. Formação, desenvolvimento profissional e regulação do trabalho, devem levar em conta o ensino, a gestão do SUS e o controle social no setor, estimulando e desencadeando a construção de novos perfis de trabalhadores e de gestores das ações, serviços e sistemas de saúde

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

G


## Gestão participativa

---


Estratégia transversal presente nos processos cotidianos da gestão do SUS. Formular e deliberar conjuntamente significa mais do que realizar o controle social – e este é o desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores, capazes de efetivar a participação popular. A gestão estratégica pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nesses espaços, é possível construir conhecimentos compartilhados sobre a saúde da população, considerando as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e da coletividade. Essa tarefa exige esforço para o desencadeamento de ações de educação em saúde que ampliem e vocalizem as necessidades e desejos da população, assim como a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Implica ainda tornar visíveis as mudanças



que vêm ocorrendo no SUS a partir da adoção de práticas como as equipes multiprofissionais de saúde, a intersetorialidade, a integralidade e o acolhimento. Essas práticas participativas baseiam-se, sempre, na construção de consensos pactuados, nunca de consensos forçados. A partir da identificação e reconhecimento dos dissensos, há que construir alternativas, considerando-se as diferentes opiniões que devem ser condensadas, por etapas, permitindo resultados mais expressivos e duradouros.

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

## G


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

### Gestão plena do sistema municipal/estadual

---

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

 Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde.

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


### Gestor/atribuições

---

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

 Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Saúde.



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

## Gripe

---


 *Influenza, Vacinação*

## Grupo da Terra


---

G

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

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

 *Descentralização, Integralidade, Municipalização.*

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




## Guia alimentar

---

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

### Alimentação Saudável

G


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

## Guia eletrônico/pesquisas com seres humanos

---

Ferramenta eletrônica, produzida pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, que tem por finalidade facilitar a identificação dos procedimentos necessários à condução de pesquisas envolvendo seres humanos, assim como o acesso à legislação atualizada sobre o assunto.

### Pesquisas envolvendo seres humanos.

 <http://www.saude.gov.br/sctie/decit;>  
e-mail: [guiaeletronico@saude.gov.br](mailto:guiaeletronico@saude.gov.br)









Humaniza SUS



## Habilitação

---

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



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



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



Portaria nº 414, de 11 de agosto de 2005.

## Hábitos saudáveis

---

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



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

## Alimentação Saudável

## Hanseníase

---

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

## Endemias.

## Hantavirose

---

As hantavirose são antropozoonoses causadas por vírus da família *Bunyaviridae*, do gênero *Hantavirus*, cujos reservatórios são roedores silves-



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

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

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

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

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

 **Epidemia/controle.**

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

---

O Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV) no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) tem o objetivo de aprimorar ações de controle e prevenção das hepatites, por intermédio do fortalecimento do SUS; desen-



volver ações de prevenção e promoção à saúde; estimular e garantir as ações de vigilância epidemiológica e sanitária; garantir o diagnóstico e tratamento das hepatites, bem como manter relacionamento com a sociedade civil pelo contato com Organizações Não Governamentais.

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

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

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

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

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





 <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21925)>

## Homeopatia

---

A Homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar* e *Doenças Crônicas*. A partir daí, essa racionalidade médica experimentou grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, das Américas e da Ásia. No Brasil, a Homeopatia foi introduzida por Benoit Mure em 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento. Utiliza como recurso diagnóstico a repertorização, que consiste no processo de seleção do melhor medicamento a ser indicado em cada caso e, como terapêutica, o medicamento homeopático.

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

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

## Hospitais de ensino e pesquisa


---

São instituições hospitalares públicas ou privadas que integram a rede própria contratada ou conveniada do SUS, certificadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação como instituições de atenção à saúde. Participam da formação de estudantes de graduação e pós-graduação, bem como contribuem para a



pesquisa, desenvolvimento científico e avaliação tecnológica. A certificação se dá nos termos das Portarias Interministeriais nº 2.400 e nº 2.401 MEC-MS, de 2 de outubro de 2007. Constituem importantes espaços de referência da atenção à saúde para a alta complexidade, para a formação de profissionais de saúde e para o desenvolvimento tecnológico e científico da saúde. Em agosto de 2004, por meio da Portaria nº 1.702, o Ministério da Saúde criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, que viabiliza, entre outras coisas, a alocação de recursos financeiros contra a produção de serviços baseada em critérios definidos pelo fator de incentivo no desenvolvimento de ensino e pesquisa (Fideps), dentre outros, que buscam qualificar essas instituições, no processo de gestão hospitalar, em função das necessidades e da inserção do hospital na rede de saúde regionalizada e hierarquizada do SUS. Atualmente, existem no Brasil 147 instituições enquadradas como hospitais de ensino. Desse total, 75 (51%) são públicas. Juntos, esses hospitais disponibilizam 39,9 mil leitos para o SUS, o equivalente a 10,3% dos leitos brasileiros, e 4,8 mil (25,6%) dos leitos de UTI. Essas unidades de saúde foram responsáveis pela realização de 145 mil (37,56%) dos 386 mil procedimentos de alta complexidade feitos no Brasil em 2003.

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

 Portaria nº 1.702 e nº 1.703, de 17 de agosto de 2004; Portaria nº 2.352 e nº 2.355, de 26 de outubro de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação; Portarias Interministeriais nº 2.400 e nº 2.401 MEC-MS, de 2 de outubro de 2007; <<http://www.saude.gov.br>>.


## Hospitais de pequeno porte


---

São instituições hospitalares registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que possuem entre cinco e 30 leitos e atuam em serviços de atenção básica e média complexidade. Essas instituições têm importância fundamental no processo de regionalização da Saúde, que objetiva a organização de redes de atenção articuladas e resolutivas, em níveis microrregionais.



Com essa finalidade foi instituída, em junho de 2004, a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, estabelecendo um modelo de organização e financiamento para estimular a inserção dessas instituições na rede hierarquizada de atenção à Saúde. Podem aderir, voluntariamente, os municípios e estados que tiverem sob sua gestão estabelecimentos hospitalares que sejam de esfera administrativa pública ou privada (sem fins lucrativos e reconhecidos como filantrópicos), com até 30 mil habitantes (municípios ou microrregiões) e que apresentem cobertura da estratégia Saúde da Família igual ou superior a 70%.

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

 Portaria nº 1.044, de 1º de junho de 2004, no CD-ROM encartado nesta publicação

H

## Hospitais filantrópicos

---

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

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

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



## Hospitais-sentinela

---

Projeto que integra uma rede de 100 hospitais escolhidos, em todos os estados brasileiros, dentre os maiores e com maior número de programas de residência médica, tecnologicamente bem equipados e dispendo de serviços de alta complexidade. O objetivo é contar com um sistema de notificação atualizado e integrado que sirva de base para a vigilância sanitária nos hospitais, rastreando e identificando problemas de desvio de qualidade em medicamentos, equipamentos e derivados de sangue. Nesses estabelecimentos é constituída uma Gerência de Risco que gera um fluxo de informações contínuas, atualizadas e qualificadas. O projeto representa um grande salto qualitativo para a vigilância sanitária, já que permite acesso a informações que norteiam suas ações e que antes, geralmente, ficavam restritas aos hospitais, que não a notificavam.

H

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

## Humanização da atenção à saúde

---

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

 Acolhimento aos usuários, Atenção à Saúde, Humaniza SUS.



## Humanização do Trabalho em Saúde

---

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



### Humaniza SUS

---

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





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

H



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



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









Incorporação tecnológica



## Incorporação tecnológica

---

Processo de introdução sistematizada de novas tecnologias e procedimentos na prática clínica e/ou orientação sobre seu uso apropriado, caso sejam tecnologias ou procedimentos consagrados. Também é de interesse do setor Saúde a incorporação tecnológica que ocorre no complexo industrial da saúde, responsável pelo suprimento dos insumos em saúde. Fomentar pesquisas para insumos estratégicos e importar tecnologias que possam suprir deficiências tecnológicas da indústria nacional são iniciativas governamentais para o desenvolvimento da capacidade nacional nessa área.

 Pesquisa em saúde/fomento.

## Índice de massa corporal (IMC)

---

Indicador de saúde utilizado para avaliar a adequação entre peso e altura corporais e sua relação com risco para doenças crônicas não transmissíveis. Nota: é calculado pela seguinte fórmula:  $IMC = P/A^2$ , em que P é o peso corporal em quilogramas, A é a altura em metros elevada ao quadrado; o resultado é expresso em  $kg/m^2$ . As faixas de classificação para adultos são: abaixo de  $18,5 kg/m^2$  – baixo peso; entre  $18,5$  e  $24,99 kg/m^2$  – peso adequado; entre  $25$  e  $29,99 kg/m^2$  – sobrepeso; acima de  $30 kg/m^2$  – obesidade.



## Infecção hospitalar/controle

---

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



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

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

## Influenza

---

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

 Epidemia/controle, Vacinação.



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



A gestão municipal deve implementar núcleos de informação e comunicação para a gestão participativa na esfera do SUS; deve desenvolver mecanismos para a ampliação das informações no município e promover debates sobre o funcionamento do SUS com os munícipes; deve produzir e difundir materiais e informações em Saúde, usando meios de comunicação existentes, inclusive rádios comunitárias, tvs comunitárias e movimentos populares; deve implementar serviços de ouvidoria ou de escuta das demandas da população, instalando, por exemplo, caixas de coleta de sugestões/reclamações nas uni-




dades de saúde e, em localidades que já dispõem de internet, disponibilizar sites específicos para contato, a exemplo dos serviços de atendimento ao cidadão (SACs), fale conosco, etc.

 Ouvidorias.

## Informação gerencial


---

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

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

## InforSUS

---

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

## Inspeção em vigilância sanitária

---


A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde, executa constantemente, por meio da Gerência-Geral de Inspeção, atividades que



controlam, fiscalizam e investigam possíveis desvios de qualidade em produtos submetidos à vigilância sanitária, como medicamentos, alimentos e cosméticos.




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

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

## Instâncias de pactuação

---

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

 Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), Conselhos de Saúde, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regionalização.

## Instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS

---

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





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

## Integração entre políticas (saúde e outras)

---

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



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




Intersetorialidade em saúde.

## Integralidade

---

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



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

## Intersetorialidade em Saúde

---

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/idéia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

 Gestão participativa, Promoção da saúde.



## Inundações/plano de contingência

---

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

 Epidemia/controle, Hantavirose.

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

## Iodação do sal

---

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

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

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









Laboratórios de saúde pública



## Laboratórios de saúde pública


---

 Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab.)

### Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD)

---


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

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



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

 Brasil Sorridente/política; Saúde Bucal.

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

## Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)


---

L

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




e projeções de longo prazo dos benefícios de amparo assistencial (Loas); 5) margem de expansão das despesas obrigatórias de natureza continuada; 7) avaliação dos riscos fiscais.

 Lei Orçamentária Anual (LOA), Orçamento público, Planejamento em Saúde, Plano de Saúde, Plano Plurianual (PPA), Programação Pactuada e Integrada (PPI), Relatório de gestão.

## Lei Orçamentária Anual (LOA)

---

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

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



## Leptospirose


---

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

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

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

### Inundação


 “Doenças de notificação compulsória”, em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25340](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25340)>; “Leptospirose: O que saber, o que fazer?” e “Plano de contingência de Vigilância em Saúde frente a Inundações” em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25394](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25394)>.


## Lesões por esforços repetitivos (LER)

---

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



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

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

## Licitações

---


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



Uma vez definido o objeto que se quer contratar, é necessário estimar o valor total da obra, do serviço ou do bem a ser licitado, mediante reali-




zação de pesquisa de mercado. É necessário, ainda, verificar se há previsão de recursos orçamentários para pagamento das despesas e se essas se encontram em conformidade com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

 Catálogo de Materiais (Catmat), Consórcios intermunicipais de saúde.

 Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no CD-ROM encartado nesta publicação.

## Limite financeiro municipal

---

 Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM), Programação Pactuada e Integrada (PPI).

## Lixo

---

 Resíduos sólidos (lixo)/manejo urbano.









Medicamentos/programas de distribuição



## Malária/programa

---

Doença infecciosa aguda, cujo agente etiológico é o parasito do gênero *Plasmodium* é transmitida pela picada de fêmeas de mosquito do gênero *Anopheles* Meigen, 1818, que se infectam ao sugar sangue de indivíduos doentes. Os sintomas deste agravo são pouco específicos, sendo os mais comuns: febre alta, acompanhada de calafrios, sudorese abundante e cefaléia. Alguns pacientes podem manifestar, no início da doença, outros sintomas principalmente náuseas, vômitos, astenia, fadiga e anorexia. Mais de 99% dos casos de malária anualmente diagnosticados no Brasil estão concentrados nos nove estados que compõem a Amazônia Legal (AC, AM, AP, MA, MT, PA, RO, RR e TO). Ainda não existe uma vacina para a malária. No Brasil, 3,5 milhões de suspeitos/ano foram submetidos ao diagnóstico laboratorial nas unidades do SUS, no ano de 2006, dos quais 450 mil foram positivos para malária, sendo-lhes administrado imediatamente o tratamento específico para a cura da doença. O Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária (PNCM) tem como objetivos gerais: reduzir a morbimortalidade por malária, reduzir a transmissão em áreas urbanas da Amazônia e manter a ausência de transmissão nas áreas onde a doença foi interrompida. Para garantir o controle da doença, a redução das formas graves e a mortalidade por ela provocada, o PNCM tem proporcionado apoio sistemático à estruturação dos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento adequado e oportuno. Outros componentes importantes referem-se ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, da educação em saúde e do controle seletivo de vetores. Capacitação de profissionais de saúde para desenvolverem as ações de pre-



venção e controle da malária nas unidades de saúde do SUS: destaca-se neste contexto o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a Estratégia Saúde da Família, a expansão da rede de diagnóstico e tratamento, a estruturação da vigilância entomológica para promover as ações de controle vetorial de forma seletiva e efetiva, a promoção de ações de educação em saúde e a mobilização comunitária, a atualização e a análise sistemática das informações epidemiológicas para avaliação e planejamento das ações de controle. Destacam-se o grande avanço nos últimos anos no controle da malária e o fortalecimento da parceria entre as três esferas de governo, estabelecida a partir do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde, com a permanente articulação intermunicipal promovida pelos gestores

 Endemia/controle; Saúde da Família Vigilância em saúde


## Material biológico

---

### M

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

 Análise de risco.

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



## Média complexidade


---


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



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



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

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


## Medicamentos

---

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

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


## M

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

## Medicamento de referência


---

Produto inovador, registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente, por ocasião do registro.

 Assistência farmacêutica; Centrais de abastecimento farmacêutico; Dispensação; Programa Farmácia Popular do Brasil; Medicamento genérico; Medicamentos essenciais; Medicamento similar; Programa de distribuição de medicamentos; Notificação de receita médica; Registro nacional de preços de




medicamentos e correlatos; Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).


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

## Medicamento genérico

---

Medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que pode ser usado em substituição a esse. É geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção por patente ou de outros direitos de exclusividade do criador da fórmula e após ter sido comprovada sua eficácia, segurança e qualidade. É designado de acordo com as Denominações Comuns Brasileiras (DCB) ou, na sua ausência, pelas Denominações Comuns Internacionais (DCI).

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

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


## Medicamentos essenciais

---

São aqueles que satisfazem às necessidades de atenção à saúde da população. Eles são selecionados considerando-se sua relevância em saúde pública, evidência de eficácia e segurança em relação ao custo-efetividade (eficácia comparativa em relação ao seu custo) (WHO, 2002). Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis nos serviços de saúde, em todos os momentos, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, com ga-



rantia da qualidade e informação adequada, a preços que os pacientes e a comunidade possam pagar.

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

## Medicamentos excepcionais

---


 Medicamentos/programas de distribuição.


## Medicamento similar

---

M

É aquele que contém o mesmo ou os mesmos princípios ativos, apresentando a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica (preventiva ou diagnóstica) do medicamento de referência registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária, podendo diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos. Deve sempre ser identificado por nome comercial ou marca.

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

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



## Medicina antroposófica

---

A Medicina Antroposófica (MA) foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Os médicos antroposóficos utilizam os conhecimentos e recursos da MA como instrumentos para ampliação da clínica, tendo obtido reconhecimento de sua prática por meio do Parecer 21/93 do Conselho Federal de Medicina, em 23/11/1993. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da MA. Integrado ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da Saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.



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



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



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

M

## Medicina baseada em evidências

---

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



## Meningite meningocócica

---

A meningite meningocócica, causada pela *Neisseria meningitidis* (meningococo), do ponto de vista da saúde pública representa em termos de magnitude, gravidade e potencial de ocasionar epidemias, a meningite bacteriana de maior importância.

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

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


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

## Mercado de medicamentos

---

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




 Farmacovigilância; Medicamentos; Programa Produtos Dispensados de Registro (Prodir); Propaganda de medicamentos; Vigilância Sanitária.

## Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNPN SUS)

---

Fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores da saúde, marcado por uma relação de envolvimento participativo de todos os atores, objetiva estabelecer um processo de entendimento entre as esferas governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. Seu propósito é fomentar um projeto coletivo de democratização nas relações de trabalho na saúde. A Mesa expressa um avanço na construção de uma nova forma de relações de trabalho no setor Saúde, respaldado nos princípios do SUS e na valorização da força de trabalho, resultando assim na melhoria da atenção integral à saúde da população brasileira. O grau de consenso que se consiga alcançar nesse espaço de debates e reflexões assegura a ampla participação dos trabalhadores, de suas organizações sindicais e dos gestores da saúde, tendo como perspectiva as soluções dos conflitos advindos das relações de trabalho. Reativada no plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por unanimidade em 4 de junho de 2003, por meio de uma portaria do Ministro da Saúde, consolidou-se como instrumento criativo e transformador para a superação de adversidades políticas, institucionais ou regionais no campo das relações do trabalho na saúde.

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

## Meta-análise

---

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



## MNNP SUS

---

 Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP SUS)

### Modelos de atenção à Saúde

---


Um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ou riscos) e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas; maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. O modelo proposto pelo SUS incorpora os princípios: do acesso universal, no qual qualquer cidadão brasileiro tem o direito de acessar serviços de saúde com qualidade; da integralidade da assistência, ordenando o cuidado com a saúde nos níveis de atenção básica, média e alta complexidade; de participação social em todos os espaços de decisão e avaliação, inclusive do financiamento do SUS.

M

 Planejamento em saúde, Responsabilização sanitária, Conselhos de Saúde.

### Mortalidade infantil

---

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

### Monitoramento em saúde

---

Monitoramento em saúde pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno nessa



área específica. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomadas de decisão, a identificação, o encaminhamento de solução e a redução de problemas, bem como a correção de rumos. O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui um poderoso instrumento para a democratização de informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde. Ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorece-se o “empoderamento” e a mobilização da sociedade, fomentando a participação e o controle das ações e serviços prestados pelo SUS. Mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde. Na esfera federal, a iniciativa governamental “Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão do SUS”, uma das metas presidenciais sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), tem sua coordenação a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

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

 [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25574](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25574)

M

## Municipalização

---

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. O prin-



cípio da descentralização político-administrativa da saúde foi definido pela Constituição de 1988, preconizando a autonomia dos municípios e a localização dos serviços de saúde na esfera municipal, próximos dos cidadãos e de seus problemas de saúde. O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. Estimula, na esfera municipal, novas competências e capacidades político-institucionais. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

 Descentralização, Regionalização.











# N-0

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

---

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

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



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

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



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



Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

## Negociação do trabalho no SUS

---

N-O

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



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


## Negociações/habilidades necessárias

---

A negociação é uma constante nas administrações públicas, que exige o diálogo, a negociação e a pactuação das ações. Com o desenvolvimento da democracia participativa e o envolvimento cada vez maior dos cidadãos na administração pública, impõem-se formas complexas de negociações que de-




vem se basear na busca de consensos. Estabelecer consensos é saber escutar o outro como legítimo e ter consciência sobre o significado do bem público, do papel do Estado e da ampla representação da sociedade. Daí a importância da autonomia nos processos de escolha das representações municipais, como forma de se combater a formação de espaços autoritários de gestão.

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

## Notificação de receita médica

---

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

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

**N-O**

## Obesidade

---

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



## Objetivos do Milênio

---

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

## N-O

### Operadora de plano de assistência à saúde


---


Pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial ou entidade de autogestão, e obrigatoriamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que opera produto, serviço ou contrato de assistência à saúde. As possíveis formas de organização das operadoras foram definidas pela ANS por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de 27 de outubro de 2000, que classificou as operadoras de acordo com características peculiares, permitindo o desenvolvimento de normas específicas para cada conjunto: 1) administradoras de planos: administram exclusivamente planos privados de assistência à saúde de empresas; 2) autogestões patrocinadas: sistema operado de forma direta, por intermédio de departamento de recursos humanos ou de órgãos similares de uma empresa,



ou de sindicatos, associações, fundações, ou assemelhados; ou por intermédio de uma entidade constituída para operar o sistema de autogestão de uma empresa, destinado exclusivamente aos funcionários e/ou associados e seus dependentes. É singular, quando houver uma só empresa patrocinadora do sistema de autogestão; e é multipatrocinada quando houver mais de uma empresa patrocinadora do sistema de autogestão; 3) autogestões não patrocinadas: sistema operado de forma direta, por intermédio de departamento de recursos humanos ou de órgãos similares de uma empresa, ou de sindicatos, associações, fundações, ou assemelhados; ou por intermédio de uma entidade constituída para operar o sistema de autogestão de uma empresa, destinado exclusivamente aos funcionários e/ou associados e seus dependentes, mas no qual não há empresa patrocinadora do sistema de autogestão; 4) cooperativas médicas: operam planos privados de assistência à saúde por intermédio de médicos próprios (cooperados) e/ou de recursos médico-hospitalares credenciados; 5) cooperativas odontológicas: operam planos odontológicos por intermédio de odontólogos próprios (cooperados) e/ou recursos odontológicos credenciados; 6) medicina de grupo: operam planos privados de assistência à saúde, oferecendo atendimento médico-hospitalar com hospitais próprios e uma estrutura que inclui médicos e serviços auxiliares de diagnóstico credenciados; 7) odontologia de grupo: operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se as classificadas como cooperativas odontológicas; 8) entidades filantrópicas: operam planos privados de assistência à saúde sem fins lucrativos e devem, obrigatoriamente, possuir certificado de entidade filantrópica; 9) seguradoras especializadas em saúde: operam seguro-saúde com todas as características de planos privados de assistência à Saúde e a estes são equiparados pela Lei nº 10.185, de 2001, que torna as seguradoras especializadas em saúde em “operadoras de planos de saúde”.

N-O


 **Plano privado de assistência à saúde; Política de Qualificação da Saúde Suplementar; Saúde suplementar.**

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



O orçamento, entre outras funções, é responsável pela previsão do gasto público. De maneira simplificada, o orçamento é composto de expressões que descrevem os propósitos e as ações de governo (melhoria da saúde da população, redução das desigualdades regionais, etc.), aos quais são alocados determinados valores, considerando os insumos necessários à sua realização. Portanto, os orçamentos públicos são elos entre recursos financeiros e comportamentos humanos direcionados para alcançar objetivos de políticas públicas. A forma de organização do orçamento vem sofrendo alterações ao longo das últimas décadas e novas características vêm sendo incorporadas, de acordo com a necessidade de considerar determinados propósitos, de modo que atualmente o orçamento atende simultaneamente a vários fins. Entre os mais importantes, destacam-se: 1) controle de gastos: o orçamento deve ser um instrumento de proteção contra abusos dos administradores. O mecanismo utilizado é o detalhamento da especificação dos objetivos de gasto, como por exemplo, diárias, locação de mão-de-obra, serviços de consultoria e outros; 2) gestão dos recursos: o orçamento deve especificar com clareza os projetos e atividades de modo a possibilitar aos administradores dos órgãos públicos orientação efetiva, e ao público em geral o conhecimento amplo quanto às tarefas a serem desenvolvidas para se obter maior eficiência produtiva e conseguir a melhor relação custo-benefício na realização de determinada tarefa. A ênfase neste caso é na especificação das ações orçamentárias, produtos e metas físicas; 3) planejamento: o orçamento deve ser um instrumento de implementação do plano de médio prazo do governo. As ações orçamentárias – projetos e atividades – devem resultar em produtos que contribuam para consecução dos objetivos dos programas; 4) administração macroeconômica: o orçamento deve ser também um instrumento para controlar as receitas e despesas agregadas, de modo a possibilitar o alcance de objetivos de inflação baixa e redução do desemprego.

N-O

 Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); Lei Orçamentária Anual (LOA); Planejamento em saúde; Plano de saúde; Plano Plurianual (PPA); Relatório de gestão; Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).





## Orientador de serviço

---

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



Residência médica, Residência multiprofissional em saúde.



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

## Ouvidorias

---

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

N-O



çoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde. As experiências de ouvidorias implantadas nas três esferas de gestão do SUS têm contribuído para a construção de um sistema nacional de ouvidorias, informatizado, com vistas à descentralização do serviço e à identificação das reais necessidades da população. É imprescindível que haja um compromisso dos gestores, em todas as esferas, com a tarefa de promover e estruturar canais abertos e acessíveis de comunicação do sistema público de saúde com a população.



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



Gestão participativa, Informação e comunicação em saúde.










Política de Saúde para a População do Campo





## Pacto de Gestão do SUS

---

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

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

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

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



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

## Pacto da Atenção Básica

---

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

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

 Atenção básica à Saúde; Pacto pela Saúde.



Política Nacional da Atenção Básica; Portaria n° 91/GM, de 10 de janeiro de 2007; <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>.

P

## Pacto em Defesa do SUS

---


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

O Pacto em Defesa do SUS deve firmar-se através de iniciativas que busquem a repolitização da saúde, a promoção da cidadania como estratégia de mobi-



lização social e a garantia do financiamento de acordo com as necessidades do sistema de saúde.

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

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

### **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**

---

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



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



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

P



Saúde da criança, Saúde da mulher.

## Pacto pela Saúde


---


O Pacto pela Saúde reúne um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e tem o objetivo



de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. A adesão se dá pela construção do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

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

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

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

## Pacto pela Vida


---

P

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

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



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

## Pactuação Unificada de Indicadores

---

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

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

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

P



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

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

1. Que a pactuação unificada deve ser articulada com o Plano de Saúde e sua Programação Anual. As prioridades, objetivos, metas e indicadores



- da pactuação devem integrar o Plano de Saúde, sendo contempladas na sua elaboração;
2. Que as atividades a serem implementadas pelos gestores para o alcance das metas pactuadas serão discutidas e definidas no processo de planejamento, especialmente quando da elaboração da Programação Anual, correspondente ao Plano de Saúde;
  3. Que a avaliação das prioridades, contemplando as atividades desenvolvidas e as dificuldades relacionadas à sua implantação, a análise do alcance dos objetivos e metas pactuadas e a situação dos indicadores acordados é parte integrante do Relatório de Gestão;
  4. Que a definição de metas deve guardar coerência com os pactos firmados nos Termos de Compromisso de Gestão; e
  5. Que a periodicidade de atualização da pactuação será bianual.

## Painel de indicadores do SUS

---

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

P



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

### Participa SUS

---


Denominação que identifica a política da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do SUS, aprovada por meio da Portaria nº 3027, de 26 de novembro de 2007, que objetiva promover o fortalecimento da gestão participativa, incorporando outras ferramentas de gestão, como a escuta dos cidadãos, o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, além da auditoria, sob enfoque ampliado. Compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, com ênfase no controle social, realizado por meio dos conselhos e conferências de saúde, na participação e mobilização popular e no funcionamento de ouvidorias e pesquisas sobre a satisfação dos usuários do SUS. Inclui, ainda, ações de educação popular em saúde, difusão dos direitos dos usuários e estratégias de promoção de equidade em saúde para as populações em condições de desigualdade. São marcas dessa política: a reafirmação dos pressupostos da reforma sanitária sobre o direito universal à saúde, como responsabilidade do estado, a construção de um pacto de promoção da gestão estratégica e participativa entre as três esferas de governo, a ampliação dos mecanismos de participação popular nos processos de gestão do SUS, de forma a garantir sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular, a adoção de mecanismos e práticas de gestão participativa, nas três esferas de gestão do SUS, envolvendo gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários do SUS.



O gestor municipal deve instituir mecanismos de escuta e interação permanentes entre os gestores, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários do SUS, para que suas opiniões, percepções e demandas



sejam valorizadas nos processos de gestão. Deve valorizar e fortalecer os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os conselhos e as conferências de saúde, instrumentos essenciais na formulação da política municipal de saúde, e firmar pactos com as demais esferas de governo, visando à implementação da política de gestão estratégica e participativa. Deve ampliar e fortalecer o acesso da população às informações sobre a saúde, o SUS e os direitos sociais, qualificando as instâncias de participação da sociedade civil e de controle social. Deve promover a humanização e a solidariedade nas relações entre os gestores do SUS, trabalhadores de saúde e usuários, ampliando os canais de comunicação e a co-responsabilidade desses atores com o processo de produção social da saúde, de garantia do acesso integral e da equidade. Deve promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e de participação popular na saúde, apoiando instâncias organizadas de representação social. Deve realizar escuta contínua das necessidades e demandas da população, processando essas informações para serem utilizadas como ferramentas de gestão nas distintas esferas do SUS. Deve promover o envolvimento de outros setores de governo municipal e da sociedade comprometidos com a produção da saúde, construindo práticas de articulação intersetorial. Deve criar e apoiar comitês e grupos de trabalho destinados à busca da equidade, ofertando ações diferenciadas a grupos com necessidades especiais. Deve, ainda, integrar as ações de monitoramento e avaliação, bem como as de auditoria, às iniciativas em curso no campo da gestão participativa.

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

P

## Participação social em saúde

---

É uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela



Saúde Pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado.



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



Conferências de saúde, Conselhos de Saúde, Gestão participativa.



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

## Patente

---

### P

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



Propriedade Industrial



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




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

### Pesquisa/desenvolvimento

---

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


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

### Pesquisa em saúde

---

São pesquisas cujos resultados se voltam à aplicação no setor Saúde, buscando, em última instância, a melhoria da saúde de indivíduos ou grupos populacionais. Podem ser categorizadas por níveis de atuação científica e compreendem os tipos de pesquisa básica, clínica, epidemiológica e avaliativa, além de pesquisas em outras áreas como economia, sociologia, antropologia, ecologia, demografia e ciências políticas.

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

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



## Pesquisa em saúde/desenvolvimento

---


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

## Pesquisa em saúde/fomento

---

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

P

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

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

---

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) objetiva, por meio da coleta de informações, a elaboração de indicadores de-