

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO, CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ESTUDO DA APLICAÇÃO DOS REPASSES GOVERNAMENTAIS
PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
SINOP, PERÍODO 2008 E PRIMEIRO SEMESTRE DE 2009**

ANDRÉIA WURZIUS

**SINOP
2009**

Andréia Wurzius

Estudo da Aplicação dos Repasses Governamentais para o Programa Saúde da Família no Município de Sinop, período 2008 e Primeiro Semestre de 2009

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade do Estado de Mato Grosso como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Economia.

Orientador Prof. MsC. Feliciano Lhanos Azuaga

**Sinop/MT
2009**

Andréia Wurzius

Estudo da Aplicação dos Repasses Governamentais para o Programa Saúde da Família no município de Sinop, período 2008 e primeiro semestre de 2009

Este **Trabalho de Conclusão de Curso** foi julgado e aprovado para a obtenção do grau de **Bacharel em Economia da Universidade do Estado de Mato Grosso**.

Sinop, MT, 28 de Novembro de 2009

Prof. Felipe Ferraz Vazquez Msc.
Chefe do Departamento de Ciências Econômicas

Prof. Wylmor Constantino Tives Dalfovo
Coord. de Monografia em Economia

Banca Examinadora:

Prof. Feliciano Lhanos Azuaga Msc.
Orientador

Prof. Wylmor Constantino Tives Dalfovo
Avaliador

Prof. Aumeri Carlos Bampi
Avaliador

Andréia Wurzius

Eu **Andréia Wurzius**, atesto para os devidos fins que os dados e informações constantes neste trabalho, intitulado: **Estudo da Aplicação dos repasses governamentais para o Programa Saúde da Família no município de Sinop, período 2008 e primeiro semestre de 2009**, são verídicos segundo as fontes utilizadas e originais segundo a abordagem e tratamento dado aos mesmos por mim, e que a obra em suas partes constituintes e no seu todo, são de minha autoria. Assim eximo de qualquer responsabilidade o professor orientador, bem como os demais participantes da banca de defesa de autoria e de veracidade dos dados e informações apresentados que possam existir nesse trabalho.

Sinop, 28 de Novembro de 2009

Estudo da Aplicação dos Repasses Governamentais para o Programa Saúde da Família no município de Sinop, período 2008 e primeiro semestre de 2009

*Dedico este trabalho de conclusão de curso a
todas as pessoas que de uma forma ou outra me
auxiliaram nesta jornada*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de manifestar meus agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Primeiramente agradeço a **Deus** pela presença e proteção em especial nestes anos de curso.

À minha família em especial meu filho Douglas, pelo amor e compreensão, que sempre teve em todos os momentos em que precisei.

Em memória ao meu falecido esposo Carlos Scholtão, homem amoroso, enquanto esteve partilhando sua vida comigo, me ensinou o valor da vida através da dedicação e persistência.

Aos colegas de curso e professores, pelo compartilhamento do seu saber, e pela oportunidade de convívio amigável que tive o prazer de desfrutar.

RESUMO

WURZIUS, Andréia. **Estudo da Aplicação dos Repasses Governamentais para o Programa Saúde da Família no município de Sinop, período 2008 e primeiro semestre de 2009.** 129 folhas. Orientador Professor Msc Feliciano Lhanos Zuaga. Trabalho de conclusão do curso Bacharel em Ciências Econômicas, da Universidade do Estado de Mato Grosso, Campus de Sinop.

Este trabalho objetiva analisar a aplicação dos repasses realizados na Atenção em Saúde para o município de Sinop, no período de 2008 e no primeiro semestre de 2009, sob a ótica do custo benefício para a população. Utilizou-se como ferramenta para o levantamento de dados, os sites do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, assim com dados fornecidos pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde e de Finanças. Como resultados verificamos que Sinop apresentou em 2008 e em 2009 o mesmo número de equipes de saúde da família (16 ESF) e de saúde bucal (05), com cobertura de 48% da população sinopense, quando o ideal seriam 46 equipes de saúde da família e 46 de saúde bucal para cobertura de 100% da população. No ano de 2008 Sinop recebeu de PAB fixo o valor de R\$ 1,5 milhões e no primeiro semestre de 2009 mais de 900 mil reais. Para as equipes de saúde da família em 2008 foram R\$ 1.064.400,00 de incentivo federal mais R\$ 633.600,00 de incentivo estadual, para o primeiro semestre de 2009, foram R\$ 614.400,00 de incentivo federal e R\$ 384.000,00 do estado. Para o saúde bucal em 2008 o município recebeu de recurso federal o valor de R\$ 102.900,00 e R\$ 82.000,00 de incentivo estadual, para o primeiro semestre de 2009, foram R\$ 67.200,00 de recursos federais e R\$ 48.000,00 de incentivo estadual. O município investiu de recursos próprios em saúde da família no ano de 2008 o montante de R\$ 9,9 milhões e no primeiro semestre de 2009 foram R\$ 4,9 milhões, para saúde bucal em 2008 foram investidos de recursos municipais o montante de R\$ 1,7 milhões e em 2009 em torno de R\$ 1 milhão de reais. O gasto com pessoal foi o que onerou os cofres públicos do município nos dois anos estudados. Verificamos baseados nos dados levantados que Sinop carece de acompanhamento e planejamento no setor saúde, principalmente no que tange a atenção básica (saúde da família e saúde bucal). Sugerimos ao gestor em saúde que trabalhe com mais afinco no planejamento, controle e avaliação dos indicadores em saúde, assim como organize e controle os recursos financeiros, separando por programa, investindo o maior montante em saúde preventiva, conforme preconiza o SUS.

Palavras-Chave: Saúde da família e saúde bucal, repasses governamentais.

ABSTRACT

WURZIUS Andréia. **Study of the Implementation of Transfers to the Government Program Family Health at Sinop, during 2008 and first half of 2009.** 129 folhas. Msc Advisor Professor Feliciano Llanos Zuagi. Work completion of the course Bachelor of Economics, University of Mato Grosso, Campus of Sinop.

This thesis examines the application of transfers made in the Health Care for the city of Sinop, between 2008 and the first half of 2009, from the viewpoint of cost benefits to the community. Was used as a tool for data collection, the sites of the Ministry of Health and the State Secretariat of Health of Mato Grosso, as well as data provided by the Municipality and the Municipal Department of Health and Finance. As a result we find that Sinop presented in 2008 and 2009 the same number of teams in family health (ESF 16) and oral health (05), covering 48% of the population sinopensis when the ideal would be 46 teams of health family and 46 oral health coverage for 100% of the population. In 2008 received Sinop PAB fixed the value of R\$ 1,5 million and the first half of 2009 more than 900 thousand reais. For teams of family health in 2008 were R\$ 1.064.400,00 to encourage more federal R\$ 633,600.00 of State incentives for the first half of 2009, compared to R \$ 614,400.00 to encourage federal and R\$ 384.000,00 of the state. For oral health in 2008, the city received a federal appeal the value of R\$ 102.900,00 and R\$ 82.000,00 incentive state, for the first half of 2009 were R\$ 67.200,00 of federal funds and R\$ 48.000,00 state incentive. What city has invested own resources in family health in 2008 amounted to R\$ 9,9 million in the first half of 2009 were R\$ 4,9 million for oral health in 2008 as funds invested in the amount of municipal R\$ 1,7 million in 2009 and around R\$ 1 million reais. Spending on personnel was what s imposed on the public coffers of the municipality in the two years studied. Verified based on data collected Sinop that needs monitoring and planning in the health sector, particularly with respect to primary care (family health and oral health). We suggest to the manager, who works harder in the planning, control and evaluation of health indicators, as well as organize and control the financial resources, separating the program by investing the largest amount in health care, as recommended by the SUS.

Key-words: Family health and oral health, government transfers.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS	11
LISTA DE SIGLAS	12
INTRODUÇÃO.....	14
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA	16
1.1 Temática da Pesquisa	16
1.2 Problematização	16
1.3 Hipóteses.....	17
1.4 Objetivos.....	17
1.4.1 Objetivo geral	17
1.4.2 Objetivos específicos.....	18
1.5 Justificativa.....	18
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
2.1 Economia no Setor Público	20
2.1.2 funções do estado	22
2.2 Economia em Saúde	23
2.3 Saúde Pública no Brasil.....	24
2.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)	27
2.3.2 Ministério da Saúde (MS)	29
2.3.3 secretaria de estado de saúde (SES)	30
2.3.5 secretaria municipal de saúde (SMS)	33
2.4 Financiamento da Saúde no Mundo	34
2.4.1 Financiamento em saúde no Brasil.....	36
2.4.2 financiamento para equipe de saúde da família e saúde bucal	37
2.5 Programa de Saúde da Família (PSF).....	38
2.5.1 equipe de saúde da família (ESF)	39
2.5.2 unidade básica de saúde (USB)	40
3 METODOLOGIA.....	42
3.1 Método de Abordagem	42
3.2 Métodos de Procedimentos	42
3.3 Tipologia e Técnicas da Pesquisa	43
3.4 Técnicas, Instrumentos e Procedimentos da Pesquisa.....	43
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	45
4.1 Caracterização Histórica do Município de Sinop.....	45
4.1.1 Caracterização do sistema de saúde no município de Sinop	46
4.2 Incentivos Financeiros Federais na Atenção Básica.....	47
4.2.1 Critérios para distribuição do PAB fixo na esfera federal.....	48
4.2.2 Critérios para distribuição do PAB variável da esfera federal	49
4.2.3 Suspensão do repasse de recurso do PAB fixo e variável	51
4.3 Incentivos Financeiros Estaduais na Atenção Básica.....	53
4.4 Incentivos Financeiros Municipais na Atenção Básica	54
4.5 Competências do Município com a Atenção Básica	54

4.6 Estrutura dos PSFs em Sinop	55
4.7 Custo X Benefício das Unidades de Saúde da Família para a População	56
4.8 Dados Referente a Incentivos Municipais, Estaduais e Federais de 2008 e Primeiro Semestre de 2009 para o Programa Saúde da Família e Saúde Bucal, Município de Sinop....	57
4.8.1 Estimativa financeira para ampliação das ESF no município de Sinop	72
4.9 Políticas Públicas para o Fortalecimento da Rede Pública de Saúde no que Tange o Programa de Saúde da Família e Saúde Bucal	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	77
ANEXOS	80

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 01 - Técnicas, Instrumentos e Procedimentos da Pesquisa	43
Quadro 02 - Equipes de Saúde da Família	55
Quadro 03 - Equipe de Saúde Bucal.....	55
Quadro 04 - Projeção de Recursos conforme o número de Equipe de Saúde da Família	71
Quadro 05 - Projeção de Recursos conforme o numero de Equipe de Saúde Bucal.....	71
Quadro 06 – Orçamento médio para Estrutura Física	72
Quadro 07 – Equipamentos a serem disponibilizados por Unidade de Saúde da Família	72
Quadro 08 – Folha de pagamento para as novas equipes a serem implantadas	73
Quadro 09 – Valor médio total a ser investido para implantação das 30 ESF no município de Sinop.....	73
Tabela 01 – PAB Fixo Sinop em 2008	57
Tabela 02 – PAB Fixo Sinop 2009	58
Tabela 03 – PAB variável federal no PSF em 2008.....	58
Tabela 04 – PAB variável estadual no PSF em 2008	59
Tabela 05 – PAB variável federal no PSF em 2009	60
Tabela 06 – PAB variável estadual no PSF em 2009	60
Tabela 07 – PAB variável federal na Saúde Bucal em 2008.....	61
Tabela 08 – PAB variável estadual na Saúde Bucal em 2008.....	62
Tabela 09 – PAB variável federal na Saúde Bucal em 2009.....	63
Tabela 10 – PAB variável estadual na Saúde Bucal em 2009.....	64
Tabela 11 – Investimento municipal na Saúde da Família em 2008	64
Tabela 12- Investimento Municipal na Saúde da Família em 2009	65
Tabela 13- Investimento municipal na Saúde Bucal em 2008	66
Tabela 14- Investimento municipal na Saúde Bucal em 2009	67
Tabela 15- Investimento por elemento de despesa municipal no PSF em 2008	68
Tabela 16 – Investimento por elemento de despesa municipal no PSF em 2009.....	69
Tabela 17 – Incentivos financeiros por esfera de governo no PSF de Sinop em 2008	69
Tabela 18- Incentivos financeiros por esfera de governo no PSF em 2009	70
Tabela 19 – Incentivo financeiro por esfera de governo na Saúde Bucal, Sinop em 2008	70
Tabela 20 – Incentivos financeiros por esfera de governo no Programa da Saúde Bucal de Sinop em 2009.....	70
Gráfico 01 - PAB variável federal no PSF em 2008	59
Gráfico 02 – PAB variável estadual no PSF em 2009.....	61
Gráfico 03 – PAB Variável Federal na Saúde Bucal em 2008.....	62
Gráfico 04 – PAB Variável Estadual na Saúde Bucal em 2008.....	62
Gráfico 05 – Investimento municipal na Saúde da Família em 2008.....	64
Gráfico 06- Investimento Municipal na Saúde da Família em 2009.....	65
Gráfico 07 - Investimento municipal na Saúde Bucal em 2008.....	66
Gráfico 08- Investimento municipal na Saúde Bucal em 2009.....	67

LISTA DE SIGLAS

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário.

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

AIH - Autorização de Internação Hospitalar.

BNDS - Banco Nacional de Desenvolvimento Social.

CIB - Comissão Intergestora Bipartite.

CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde.

CIT - Comissão Intergestora Tripartite.

CNES - Cadastro Nacional dos estabelecimentos de Saúde.

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento.

EC - Emenda Constitucional.

ERS - Escritório Regional de Saúde.

ESB - Equipe de Saúde Bucal.

ESF - Equipe de Saúde da Família.

EUA - Estados Unidos.

FNS - Fundo Nacional de Saúde.

GAB - Gabinete do Ministro.

GM - Gabinete do Ministro.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INAMPS - Instituto Nacional da Previdência Social.

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias.

LOA - Lei de Diretrizes Orçamentária.

MS - Ministério da Saúde.

NOAS - Norma Operacional da Assistência a Saúde.

NOB - Norma Operacional Básica.

PAB - Piso de Atenção Básica.

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PASCAR - Programa de Apoio a Saúde Comunitária dos Assentamentos Rurais.

PIB - Produto Interno Bruto.

PSF - Programa de Saúde da Família.

SAE - Serviço de Água e Esgoto.

SB - Saúde Bucal.

SES - Secretaria de Estado de Saúde.

SAI - Sistema de Informação Ambulatorial.

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica.

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos Notificação.

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde.

SUDS - Sistema Descentralizado de Saúde.

SUS - Sistema Único de Saúde.

THD - Técnico em Higiene Dentário.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UCT - Unidade de Coleta e Transfusão.

UDR - Unidade Descentralizada de Reabilitação.

USF - Unidade de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O estudo das atividades econômicas na área da saúde é fundamental tanto para o conhecimento da estrutura produtiva e da dinâmica do setor - incluindo seu financiamento, inter-relações com o resto da economia e destinação dos bens e serviços produzidos - quanto para a formulação e implementação de políticas com vistas ao aumento da eficiência na aplicação dos recursos públicos e a melhor distribuição dos benefícios de saúde à população.

Para assegurar que a população desfrute dos serviços de saúde os municípios precisam estruturar seus setores envolvidos neste processo, acompanhando o desenvolvimento local, equiparando a oferta de saúde com a demanda aos usuários.

Conforme a Constituição Federal (1988), em seu Art. 196 diz: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os serviços de saúde oferecidos pela gestão municipal se desenvolvem de forma qualitativa, sendo necessário o conhecimento de suas características e de seus usuários na condição de demanda constante.

A saúde e a economia estão relacionadas de várias formas; através de seu estudo e pesquisa sistemática, bem como a aplicação de instrumentos econômicos nas questões do setor saúde deram origem à economia da saúde.

Uma das áreas de interesse da economia da saúde é o estudo da função distributiva dos sistemas de saúde, dando origem as desigualdades existentes nos serviços de saúde, tendo em vista a equidade.

O estudo da demanda de serviços de saúde tem alguns aspectos notáveis, como: o preço pago pelos serviços, quem exerce a demanda, o impacto de investimentos realizados sobre a demanda, e a prioridade dada à saúde pela população.

Para obtenção de informações sobre a atenção básica e seus usuários é necessária uma abordagem da atenção integral à saúde das pessoas, referente às propostas de organização da atenção à saúde, prioritariamente a Atenção Básica particularmente, o Programa de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Após os levantamentos propostos, será possível obter um diagnóstico situacional das características do serviço público de saúde relacionadas a atenção básica, os valores recebidos de cada esfera, a contra-partida municipal e de que maneira esses recursos são utilizados e se estão atingindo os propósitos aos quais são destinados.

No capítulo I realizamos a contextualização da pesquisa, a problematização, os objetivos propostos e a justificativa do trabalho. No capítulo II reservamos para a revisão da bibliografia enfocando a economia dentro do setor saúde, financiamentos e programas da saúde.

No capítulo III elencamos a metodologia para desenvolvimento deste trabalho, no capítulo IV inicialmente caracterizamos o município de estudo Sinop, discorremos sobre os financiamentos distribuídos por esfera governamental e finalmente apresentamos os gráficos e tabelas com os dados da pesquisa, ao final do capítulo propomos políticas para o fortalecimento do setor, e, finalmente tecemos as considerações finais, seguida da revisão da bibliografia.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

1.1 Temática da Pesquisa

Aplicação dos repasses realizados na “atenção básica em saúde” para o Município de Sinop-MT no período de 2008 até junho e 1º semestre de 2009, sob a ótica do custo-benefício para a população.

1.2 Problematização

Historicamente o Brasil carrega a mácula dos anos de desgaste e sucateamento do serviço público de saúde, que assolaram a sociedade nacional e demarcaram o estereótipo negativo sobre o serviço público de assistência. Essa visão marcou de maneira mais profunda, principalmente pela relação negativa entre o custo e os serviços prestados pela rede pública.

Conforme dados do Ministério da Saúde (Brasil), os gastos com saúde são grandes nas esferas públicas, constituindo o 2º item de gasto na esfera federal e o 3º na esfera agregada de governos, equivalendo a 7,5% do PIB nacional. Sobre esse dado isolado, cabe ressaltar que a saúde é influenciada, e também influencia, diretamente as demais políticas públicas, como aquelas ligadas ao emprego e renda, alimentação e nutrição, saneamento e até mesmo a proteção ao meio ambiente.

Nesse contexto, o financiamento da saúde pública tornou-se conhecido pelos diferentes atores sociais e grupos de interesse, direta ou indiretamente envolvidos no seu processo de construção, existe um grande impedimento das exigências constitucionais de acesso universal e atendimento integral à saúde. Alguns representantes da corrente econômica ortodoxa reconhecem que em uma sociedade onde a pobreza e o mercado competitivo tendem a reforçar e ampliar as distâncias entre os indivíduos, saúde e educação dos que não tem recursos para pagá-los são espécies de “bem público” que só o Estado pode suprir.

No Município de Sinop, no norte do Estado de Mato Grosso, também percebemos que estas características estão presentes, principalmente no que se refere aos resultados que estão sendo obtidos através do Programa de Saúde da Família, visto que ainda não temos estudos que mostrem a realidade dos recursos alocados na saúde e seu real impacto de atendimento.

Esse panorama inquire verificar se os investimentos na área de saúde tem se traduzido em serviços eficientes e que atendam a demanda populacional, levando em conta outras variáveis de atuação indireta nos indicadores de qualidade de vida como infra-estrutura disponível, saneamento e até mesmo a relação de trabalho-renda dos moradores das regiões pelos Programas de Saúde da Família (PSF), bem como as ações ditas preventivas ou de Atenção Básica, que tratam das ações que adiantam e facilitam o acesso da população aos mecanismos de manutenção da saúde que não exigem rotinas ambulatoriais especializadas.

De acordo com o levantamento dos dados referentes aos repasses governamentais: **quais os custos-benefícios das ações do Programa de Saúde da Família do Município de Sinop, período 2008 e primeiro semestre de 2009, em decorrência dos repasses financeiros governamentais?**

1.3 Hipóteses

- A falta do acompanhamento da aplicação dos repasses estaduais e federais no município de Sinop impede a avaliação do custo-benefício destes repasses;
- A prestação de contas é deficiente a partir do momento em que não se sabe em quais áreas específicas são investidos os repasses;

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Analisar os custos-benefícios dos repasses financeiros realizados pelas esferas governamentais no Programa de Saúde da Família no Município de Sinop, bem como sua aplicação na solução das problemáticas da saúde pública.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1) Apresentar revisão teórica e conceitual sobre os serviços de saúde pública e sistema de financiamento do Programa de Saúde da Família, enfatizando os custos-benefícios do programa;
- 2) Descrever os critérios para distribuição dos recursos financeiros na Atenção Básica (PSF) em Sinop-MT;
- 3) Levantar e analisar dados do financiamento da saúde através da prestação de contas;
- 4) Propor novas formas de acompanhamento e aplicação dos recursos como ferramenta para melhoria da assistência em saúde da população;

1.5 Justificativa

Como acadêmica do curso de Economia, pretendo avaliar a forma pela qual o município de Sinop-MT utiliza os recursos recebidos para funcionamento dos PSF existentes, bem como o custo benefício desta prática na gestão da saúde pública municipal. Pretendo ainda realizar um estudo que traga informações aos gestores de saúde do município, para que possam avaliar os serviços e trazer maior qualidade no atendimento da população.

Este estudo pretende ainda diagnosticar a realidade dos serviços municipais de saúde para melhor conhecer e atuar, e assim oferecer aos gestores condições de gerenciar os recursos de forma efetiva onde os serviços de saúde sejam prestados com qualidade. Torna-se necessário saber o montante de recursos que são repassados, além de saber como e onde investir, garantindo serviços que promovam melhoria na qualidade de vida da sociedade sinopense.

A saúde, conforme a legislação brasileira é direito de todo cidadão, cabendo ao Estado prover as condições para seu pleno exercício, garantindo a saúde mediante a formulação e execução de políticas públicas econômicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e de outras situações, estabelecendo condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços.

Por tais motivos, torna-se importante criar uma consciência em todos os agentes envolvidos com a gestão do SUS de que se deve melhorar a qualidade dos gastos.

Conseqüentemente, o desafio do financiamento na saúde deve ser o de aumentar o gasto em saúde e, ao mesmo tempo, melhorar sua qualidade.

Para que tais serviços de saúde sejam oferecidos à população dos municípios é necessário financiamento. A saúde conta com modalidades de repasse de recursos, as quais se moldam de acordo com a estrutura organizacional dos municípios, como: população, estrutura, recursos humanos e outros itens. Cabendo as esferas governamentais - Federal ou Estadual – o repasse desses recursos aos municípios.

Neste aspecto, ressaltamos a importância do trabalho acadêmico científico, visto que o mesmo terá como proposta de ação o estudo do financiamento da saúde pública e o investimento efetivo do Município de Sinop para garantir um custo benefício que satisfaça a demanda dos usuários, e também as condições financeiras do Município de arcar com os gastos na saúde.

Esta proposta visa ainda trazer subsídios para gestor e trabalhador da saúde do Município no sentido de oferecer informações que possibilitam um planejamento efetivo e estratégico no sentido de levar o cidadão sinopense a ter garantido um direito constitucional efetivado no Art. 196 e Art. 198 na Constituição Federativa do Brasil.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Economia no Setor Público

Freqüentemente se ouve falar na eficiência do setor privado quando comparado ao setor público. Nas economias capitalistas, essa tese é compartilhada por expressiva fatia da sociedade, do empresariado e as vezes do próprio setor governamental.

Segundo Giambiagi e Além (2000), a teoria tradicional do bem-estar social diz que em certas condições, os mercados competitivos geram uma alocação de recursos que se caracteriza pelo fato de ser impossível realocar os recursos, de tal forma que um indivíduo aumente sua satisfação sem diminuir a de outro indivíduo, na literatura isso vem sendo denominado de “ótimo de Pareto”.

Esta é uma visão idealizadora do sistema de mercado, sabemos que na realidade existem circunstâncias conhecidas como “falhas de mercado”, estas impossibilitam que ocorra a situação ótima de Pareto. Segundo Giambiagi e Além (2000), estas circunstâncias podem ser representadas por: a) a existência de bens públicos, b) falha de competição que se reflete na existência de monopólios naturais, c) as externalidades, d) os mercados incompletos, e) as falhas de informações e f) a ocorrência de desemprego e inflação.

Para eles os bens públicos são aqueles cujo consumo/uso é indispensável ou não-rival, ou seja, todos se beneficiam da produção de bens públicos, exemplo, segurança pública, ruas, iluminação, etc. Existem setores cujo processo produtivo caracteriza-se por retornos crescentes de escala, os custos de produção diminuem a medida que se aumenta a quantidade produzida. Neste caso, da ocorrência de monopólio natural, o governo pode intervir na regulação, impedindo a cobrança abusiva pela detenção da produção, ou ainda o governo pode ser responsável pela produção deste bem ou serviço.

2.1.1 externalidades

Para Pindyck e Rubinfeld (2002), as externalidades são “os efeitos das atividades de produção e consumo que não se refletem diretamente no mercado e os bens públicos, isto é, bens que podem beneficiar todos os consumidores, mas cuja oferta no mercado ou é insuficiente ou é totalmente inexistente”.

Segundo Varian (2003), os economistas usam o termo externalidades para descrever as situações em que o consumo de uma pessoa influencia diretamente a utilidade de outra pessoa.

Quando as externalidades se encontram presentes, o preço de um bem não reflete necessariamente seu valor social. Conseqüentemente, as empresas poderão vir a produzir quantidades excessivas ou insuficientes, de tal maneira que o resultado do mercado venha a ser insuficiente. (PINDYCK e RUBINFELD, 2002)

As externalidades podem ser positivas ou negativas, elas ocorrem quando um indivíduo ou empresa afetar direta ou indiretamente outros agentes do sistema econômico, um exemplo de externalidades positiva é quando um indivíduo limpa seu quintal para prevenir doenças, estará beneficiando a si e aos vizinhos, um exemplo de externalidades negativa é quando um indivíduo fumante, por exemplo, obriga os demais a inspirarem fumaça de seu cigarro.

Em relação as externalidades, o Estado pode intervir através da produção direta ou indireta da concessão de subsídios, para gerar externalidades positivas, através de impostos ou multas, para desestimular as externalidades negativas e, através de regulamentação.

Um mercado é incompleto quando um bem/serviço não é ofertado, ainda que seu custo de produção esteja abaixo do preço que os potenciais consumidores pagariam. No caso de falhas de informação, o Estado intervém, pois o mercado por si só não fornece dados suficientes para que os consumidores decidam racionalmente.

Quando se trata de ocorrência de desemprego e inflação, o Estado pode implementar políticas que visem a manutenção do funcionamento do sistema econômico mais próximo possível da estabilidade.

2.1.2 funções do estado

A existência do governo é necessária para guiar, corrigir e complementar o sistema de mercado que, sozinho, não é capaz de desempenhar todas as funções econômicas. (GIAMBIAGI e ALÉM, 2000)

Segundo Giambiagi e Além (2000), o Estado brasileiro interveio de diversas formas para contribuir com o aumento dos investimentos na economia, como por exemplo, concedendo subsídios para o setor privado; financiando os investimentos privados em setores estratégicos; intervindo diretamente em setores de infra-estrutura e utilidade pública; funcionando como fonte de demanda do setor privado.

Dentre os papéis do estado temos o papel de regulador, onde ele deve incluir em suas funções a clássica de alocação, estabilização e distribuição, implementadas mediante uma variedade de instrumentos tradicionais como: política monetária, fiscal e creditícia; políticas de comércio exterior e cambiais; controle de preços, entre outras. (GIAMBIAGI e ALÉM, 2000)

No papel de órgão financiador o estado interveio no sistema financeiro do setor público brasileiro, associado a fatores como: seu papel importante em atividades bancárias, comerciais e de desenvolvimento; as reformas dos anos 60 que visavam modernizar o Estado e crescente importância dos programas de crédito, subsidiados nos anos 70. (GIAMBIAGI e ALÉM, 2000)

Vale salientar que o Estado interveio no âmbito do projeto nacional de desenvolvimento com a criação de instituições financeira para financiamento de setores estratégicos, a partir daí criou-se o Banco do Brasil, a Caixa Econômica e o BNDES.

Giambiasi e Além (2000), relatam sobre a política fiscal dizendo de suas funções: alocativa, distributiva e estabilizadora, onde a função alocativa é aquela que diz respeito ao fornecimento de bens públicos; a distributiva estaria associada a ajustes na distribuição da renda que permite uma distribuição prevalente adequada a sociedade. A estabilizadora objetiva o uso da política econômica visando um alto nível de emprego, estabilidade dos preços e obtenção de taxa apropriada de crescimento.

2.2 Economia em Saúde

A economia da saúde é um ramo da economia que estuda o funcionamento e o financiamento do setor público de saúde, serve para fortalecer o sistema de saúde e reduzir as desigualdades, promovendo a inclusão social no sistema de saúde brasileiro. (Revista RET-SUS, 2006)

A economia brasileira está preparada, salvo gargalos da infra-estrutura de transporte e energia, para um ciclo de crescimento sustentado.

Para tanto, há um desafio das ações, para diminuir as desigualdades sociais entre as pessoas e as famílias de vários segmentos sociais e regiões.

O combate a pobreza e a promoção da cidadania se dará em duas vias:

- a) A redistribuição direta de renda em um processo acelerado;
- b) A redistribuição indireta de renda que é dada pelas políticas essenciais de educação, ação social e saúde.

Temos uma constituição ousada e generosa no tocante à saúde. É direito do cidadão ter acesso universal, integral e gratuito a uma saúde que seja de boa qualidade. (CONASEMS, 2006)

Existe a necessidade de se fazer cumprir os dispositivos constitucionais que determinam a universalidade, integralidade na assistência à saúde dos brasileiros. O desafio macroeconômico manifesta-se no distanciamento entre o Sistema Único de Saúde real e constitucional, sendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

O desafio microeconômico manifesta-se na crise do modelo de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde. A situação de saúde brasileira, hoje, caracteriza-se pela saúde curativa deficitária, pois precisa ser reestruturada por meio de diferentes territórios de escalas, que é um princípio da economia, a qualidade e acesso, reengenharia dos pontos de atenção à saúde, que pretende fortalecer a saúde no lugar certo, com custo e a qualidade certa, instituição de sistema de logística de apoio as redes de saúde.

O SUS é um sistema de saúde que vai além da assistência, atua prevenindo doenças e epidemias, garantindo a qualidade da água, alimentos e medicamentos e também depois que o dano já está instalado, através de ações e serviços que se estruturam em redes. O SUS, aponta a construção de uma importante e avançada política social em curso no País, é de caráter público, universal, igualitário, serve como exemplo para as demais áreas sociais, está

fundamentado em princípios de uma sociedade justa e igualitária. (PAINEL SOCIAL DOS INDICADORES DO SUS, 2006)

O SUS disponibiliza aos Estados, Distrito Federal e Municípios recursos financeiros para implantação de programas tanto preventivos quanto curativos, cabe aos municípios aderirem àqueles que interessarem ou virem a minimizar seus problemas em saúde, dentre eles temos, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi um modelo criado para garantir a resolutividade preventiva.

O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e a da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 2000)

O PSF é uma estratégia de ação que faz a diferença na saúde pública, nele se faz presente o conceito amplo de saúde, entendendo que para ter saúde é preciso moradia, educação, alimentação, meio ambiente saudável. Assim sendo, torna-se necessário entender o PSF como um programa onde a prevenção é a condição “sine qua non” da ação.

2.3 Saúde Pública no Brasil

Segundo CONASS (2007), desde o começo da década de 70, muitos estudos e pesquisas já demonstravam que o modelo de desenvolvimento que o país havia adotado (na época da ditadura) concentrava renda, não distribuía benefícios sociais, e com isso, prejudicava a saúde das pessoas. Da mesma forma, o sistema que vinha sendo implantado era irracional (gastava-se mais que os benefícios que se obtinha) e não se atendia adequadamente as necessidades da população. Não que antes a saúde não era boa e o sistema de saúde adequado, mas podendo fazer outras escolhas, o governo optou pelo mais perverso caminho, priorizando interesses particulares em relação aos públicos, ajudando a população de qualquer participação nos seus destinos e criando um sistema de saúde de má qualidade, arraigando distorções, por envolver interesses resistentes à mudança.

De acordo com Brasil (2008), na época, em repressão política havia censura à imprensa, esses estudos tinham dificuldade de circular e apenas alguns técnicos e professores

de universidades tinham acesso a eles. As lideranças políticas que poderiam fazer as denúncias estavam cassadas ou seus partidos viviam na clandestinidade, só em meados da década de 80 é que sob pressão social, começou a haver algum tipo de abertura política, com início de eleições em algumas cidades e começo da reorganização do movimento social, em termos de sindicatos, partidos políticos, associações de moradores, etc. Na área de saúde surgiu um movimento chamado Movimento Sanitário que, utilizando aqueles estudos e pesquisas realizadas nos anos anteriores, começa a denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde, então implantado. Esse movimento, no entanto, caracterizou-se por não fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos com ela envolvidos, mas por apresentar propostas consultivas, apresentando como alternativa um projeto de transformação da saúde vigente. (CONASS, 2006)

O movimento foi ampliando-se, incorporando parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, promovendo debates e divulgando suas idéias.

Assim em 1979, em um Simpósio da Saúde em Brasília, promovido pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento, representado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de organização do sistema de saúde que já se chamava Sistema Único de Saúde. Essa proposta, levando experiências bem sucedidas em outros países, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizada, integrando as ações curativas, preventivas e democráticas, com a participação da população.

No entanto, havia uma pressão econômica e crescia a pressão social por melhores serviços de saúde, a proposta passou a servir para as reivindicações populares e para profissionais e técnicos comprometidos. E, o governo teve que, a partir daí, levar em consideração, adotando, pouco a pouco, muitas das suas idéias.

Foi assim que começaram a se desenvolver várias experiências de reorganização de Serviços de Saúde, especialmente em nível estadual, municipal e local, algumas delas apoiadas e promovidas pelo Ministério da Saúde.

Segundo Brasil (2007), com o agravamento da crise de 1980, o próprio governo elevou um projeto de reorientação global do sistema de saúde, a partir da implantação de uma rede de serviços básicos de saúde, conhecida como PREV-SAÚDE e que deveria integrar os Ministérios da Previdência Social que, no entanto, sofreu muitas pressões e não saiu do papel.

Segundo CONASS (2007), em 1982, não suportando mais os gastos da Previdência Social com o INAMPS o governo adota algumas medidas de reorientação da sua política de assistência médica, mudando de forma de pagamento do setor privado contratado, pela introdução do pagamento por diagnóstico e não mais por atos, e por outro lado, celebrando convênios com Estados e Municípios para, repassando recursos, utilizar a capacidade instalada pública das suas instituições que, na época estavam extremamente ociosas. Essas foram as propostas que passavam a ser conhecidas por AIH (Autorização para Internação Hospitalar).

A AIH representava, por sua vez, a possibilidade de que as instituições públicas de saúde se conhecessem mutuamente e começassem a fazer um planejamento mais articulado e até mesmo integrado. Então foram criadas as Comissões Inter-Institucionais de Saúde – CIS e CIMS, que acabaram por se constituírem na semente dos atuais Conselhos de Saúde, assim como a base para implantação, mais a frente do SUDS – Sistema Descentralizado de Saúde, base à implantação do SUS- Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2008)

Com a superação do regime militar e o surgimento da Nova República em 1985, o movimento social intensificou-se e foi possível pensar melhor sobre os rumos que deveria tomar o sistema de saúde. Houve muita polêmica, especialmente sobre a conveniência ou não da unificação do Instituto Nacional de Previdência Social com o Ministério da Saúde. (BRASIL, 2001)

Como previsto nos planos do novo governo e tendo em vista a próxima realização da Assembléia Nacional Constituinte, onde seria discutida a nova ordem jurídico-institucional do país e celebrado um novo pacto entre os vários segmentos sociais, foi então convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde para o país.

Com grande participação de várias entidades, estudiosos, políticos, sindicalistas e populares, a 8ª Conferência discutiu a situação do país e aprovou um relatório, com considerações, que passaram a constituir o projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

Segundo Brasil (2006), esta reforma quer que a saúde seja entendida como resultado das condições de vida das pessoas, onde a saúde não é conseguida somente através da assistência médica, mas também pelo acesso das pessoas ao emprego, com salário justo, educação, transporte, uma boa alimentação, cultura e ao lazer, além de um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva o atendimento as pessoas que delas necessitem.

Segundo CONASS (2006), isso significa que a conquista da saúde não pode ser uma responsabilidade exclusiva da área da saúde, mas de todo o governo e da sociedade, por meio

de suas políticas econômicas e sociais, que é aspiração de toda a sociedade e não apenas um meio, considerada uma finalidade do desenvolvimento econômico e social, assim como as outras áreas.

Assim sendo, a saúde é essencial, não seja pelo direito adquirido por meio de contratos e pagamentos de contribuição da previdência ou outro tipo de seguro, mas que seja um direito que as pessoas tenham pelo simples fato de existirem e serem cidadãos, viverem numa sociedade regida pelas mesmas leis e contribuírem para o desenvolvimento. É, pois um direito humano e de cidadania. (SAÚDE DA FAMÍLIA, 2007)

2.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

A Saúde no Brasil possui um sistema de importância reconhecida, tanto por sua estrutura organizacional, quanto pelos benefícios proporcionados à população na utilização de seus serviços. É constituído por lei, com obrigação de distribuição igualitária.

Conforme a Constituição Federal (1988):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (SENADO FEDERAL, 2006)

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais elencadas dos últimos tempos, está baseado nas premissas da Constituição de 1988, a qual define a saúde como sendo direito de todos e dever do estado, que tem uma responsabilidade e finalidade enorme na promoção de saúde para a população brasileira.

Segundo Neto (2007), o SUS é um sistema, ou seja, é composto por inúmeras instituições das três esferas do governo (União, Estado e Municípios), e pelo setor privado contratado e/ou conveniado, como se fosse o mesmo corpo. Desta forma, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público.

Subseqüente, além de o sistema ser único, possui as mesmas doutrinas e filosofias de atuação em todo território nacional e está organizado de acordo com uma mesma sistemática. O SUS é definido basicamente por três características, a criação de um sistema nacional de

saúde; a proposta de descentralização; e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política nacional de saúde. (VIANA; POZ, 2005)

No ano de 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do SUS, a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (publicada no Diário Oficial da União de 20 de Setembro de 1990) define o SUS da seguinte forma:

**TÍTULO II – DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

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

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

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. (LEI 8080/90)

As mudanças do SUS durante seu desenvolvimento ainda são importantes para a contínua melhoria de seus serviços. Como todo grande sistema a ser implantado, de acordo com seus andamentos, os erros encontrados são corrigidos e novas ações são planejadas para um perfeito funcionamento.

Sabemos que “a instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi a ruptura ou separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente”. (CONASS, 2007)

A principal finalidade do SUS é disponibilizar acesso a saúde para toda população, independente de classe social.

O setor saúde tem como órgão maior o SUS que rege as diretrizes gerais da saúde. Inseridas neste contexto encontram-se as representações do SUS nas três esferas do governo: Ministério da Saúde (MS) a nível federal, Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a nível estadual e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) atuando ao nível municipal.

2.3.2 Ministério da Saúde (MS)

O Ministério da Saúde é responsável pela gestão das políticas de promoção a saúde a nível Federal, dispondo de condições para tal, como também para proteção e recuperação da saúde, através da redução de enfermidades, controle das doenças endêmicas e parasitárias (como Dengue, Malária, Chagas, etc.), melhorando a assistência à saúde e dando qualidade de vida para a população brasileira.

De acordo com o site do Sistema de Saúde¹ (2009), o Ministério da Saúde impõe o desafio de garantir o direito do cidadão ao atendimento à saúde deve prover condições para que esse direito esteja ao alcance da população, independente da condição social de cada um.

A Constituição Federal (1988) teve um importante papel na garantia do direito à saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde. Através da democratização nas ações e serviços de saúde que deixaram de ser restritos e passaram a ser universais, da mesma forma que deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização, aproximando a assistência à saúde da população.

Outro objetivo do MS é capacitar os municípios para que eles assumam suas responsabilidades, conheçam os benefícios diante do SUS, bem como desenvolvam ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção da saúde.

As mudanças ocasionadas pela Lei Orgânica nº 8080 (1980) na saúde pública brasileira exigiram o aprimoramento do sistema de informação em saúde para sua implantação e funcionamento mediante dados consistentes que permitam acompanhar suas condições.

Compete ao Ministério da Saúde:

A política nacional de saúde; Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde; Saúde Ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; Informações de Saúde; Insumos críticos para a saúde; Ação preventiva em geral, Vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; Vigilância de Saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos; Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde. (SAÚDE, 2008)

¹

www.saude.gov.br (2009)

Consolidar a municipalização da gestão do SUS é prioridade do MS, para o qual está fortemente empenhado. As funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação e auditoria se constituem como condições essenciais para o alcance da resolutividade, qualidade e humanização das ações e serviços prestados a população, alvo final de todos os esforços. (BRASIL, 2001)

Segundo as normas e diretrizes para a implantação do PSF, compete ao MS:

- a) Contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio de estímulos das Equipes de Saúde da Família;
- b) Definir e rever normas e diretrizes para implantação do PSF;
- c) Financiamento do programa e sua manutenção;
- d) Regulamentar os mecanismos de cadastramento, inclusões e exclusões das equipes;
- e) Pactuar na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) os requisitos para implantação/ampliação do programa;
- f) Processo de capacitação e educação permanente da equipe;
- g) Disponibilizar e assessorar estados e municípios na implantação do sistema de informação da atenção básica (SIAB);
- h) Consolidar e analisar dados de interesse nacional, divulgando os resultados;
- i) Articular e promover o intercâmbio de experiências buscando aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à atenção básica;
- j) Identificar e viabilizar parcerias, para fortalecimento da Estratégia Saúde da Família.

O Ministério da Saúde, na condição de órgão federal, é responsável por fornecer recurso e monitorar sua utilização, avaliando se realmente foi aplicado para aquilo que fora solicitado.

2.3.3 secretaria de estado de saúde (SES)

O site da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso² (2009) explana que a mesma, como gestora do Sistema Único de Saúde no âmbito estadual, tem entre as suas principais funções a definição de políticas, o assessoramento aos municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde.

²

www.saude.mt.gov.br, 2009

A Missão da SES-MT é garantir o direito à saúde enquanto direito fundamental do ser humano, e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do Estado de Mato Grosso.

Os Valores da Secretaria Estadual de Saúde estão fundamentados nos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde.

Segue o princípio de Universalidade, que todas as pessoas têm direito de acesso aos serviços de saúde, em qualquer instância.

Subseqüente, atua com Equidade, dando atenção às pessoas em igualdade de condições, não havendo preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Quanto a Integralidade, age com conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde.

A Participação da Comunidade e Controle Social são fundamentais para a definição das necessidades, prioridades, acompanhamento e avaliação do que está sendo feito pelo SUS, através dos Conselhos e Conferências de Saúde. (MULER NETO, 2002)

A Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do Governo, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Prioridades com base na necessidade (critério epidemiológico), na utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e a orientação programática, com setores estruturados para apuração das causas de doenças e mortes.

Por fim, a Resolução e Qualidade são entendidas pela capacidade do serviço de saúde em resolver os problemas de maneira satisfatória, ágil, humana e tecnicamente competente. (CONASEMS, 2007)

A Secretaria de Estado de Saúde tem ligação direta com o Ministério da Saúde, sendo sujeita a suas deliberações. Além de também poder fornecer recursos quando disponíveis e quando solicitados em conformidades com as normatizações para seus municípios.

No que tange a Estratégia Saúde da Família, compete ao Estado:

- a) Definir o setor que responderá pelo processo de coordenação dos programas e que exercerá o papel de interlocutor com o nível nacional;
- b) Estimular a adoção do modelo de atenção à saúde por meio de ESF;
- c) Estabelecer as normas e diretrizes do programa, junto com a esfera nacional;
- d) Definir a estratégia da implantação do programa;

- e) Definir fonte de recursos estaduais;
- f) Pactuar na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) os requisitos específicos para implantação do programa;
- g) Prestar assessoria técnica aos municípios;
- h) Apoiar a capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde, membros da ESF;
- i) Assessorar os municípios na implantação do sistema de informação da atenção básica (SIAB);
- j) Consolidar e analisar dados de interesse estadual;
- k) Controlar o cumprimento pelos municípios da alimentação dos bancos de dados;
- l) Acompanhar a implantação e desenvolvimento dos PSF nos municípios, por meio de indicadores de estrutura, processo e resultados previamente pactuados;
- m) Oferecer supervisão técnica e metodológica;
- n) Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados das avaliações do PSF no âmbito estadual;
- o) Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios para disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria da atenção básica;
- p) Identificar e viabilizar parcerias.

2.3.4 Escritório Regional de Saúde de Sinop (ERSS)

Segundo site da saúde www.saude.mt.gov.br (2009) o Escritório Regional de Saúde de Sinop (ERSS) está localizado na cidade de Sinop, na Rua das Avencas, nº 2072, centro. É um órgão desconcentrado pertencente à Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Mato Grosso, que por sua vez é gestora do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as suas principais funções temos a definição de políticas, o assessoramento aos municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde.

Müller Neto (2002), explica que os Escritórios Regionais de Saúde receberam esta denominação a partir de maio de 2001, quando houve a reestruturação administrativa da Secretaria de Estado da Saúde. Até este período, a denominação era de Pólos Regionais de Saúde.

Segundo Mato Grosso (2000), são atribuições básicas dos Pólos Regionais de Saúde: Identificar necessidades e realizar atividades de capacitação e desenvolvimento de seus Recursos Humanos; Detectar as necessidades de geração de dados e informações para avaliação de desempenho nas diversas áreas e procedimento da crítica dos seus dados; laborar relatórios técnicos e gerenciais sobre as atividades desenvolvidas; Assessorar e supervisionar o planejamento e execução das ações de seus municípios de abrangência; Assessorar a implantação dos Consórcios Intermunicipais; Assessorar a implantação e ou implementação dos Conselhos Municipais de Saúde; Participar ativamente das Câmaras Regionais de Compensação de AIHs; Compor as Bipartites Regionais.

O ERSS tem em sua região administrativa quatorze municípios, sendo eles: Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhangá, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Sinop, Sorriso, Tapurah, União do Sul e Vera.

As atividades do ERSS são voltadas para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde na região, representando a Secretaria de Estado de Saúde perante os municípios, fazendo também o papel inverso, levantando as necessidades dos municípios e articulando a aquisição de bens ou recursos.

2.3.5 secretaria municipal de saúde (SMS)

A gestão da saúde nos municípios, como outros setores públicos, está em mudança. Atribui-se a gestão municipal da saúde o termo “Gestão Plena”, que nada mais é que autonomia para que os municípios trabalhem de acordo com suas próprias necessidades. Em tempos anteriores o MS exercia uma função de repassar recursos em forma de pacotes fechados, para fins específicos, sem possibilidades ou com alto nível de complexidade em se remanejar tais recursos. (REVISTA RETSUS, 2006)

A Secretaria Municipal de Saúde é gestora e promotora da saúde nos municípios, onde desempenha um papel de intermediar a população ao atendimento da saúde e também intermediar o desenvolvimento de benfeitorias através da aquisição de recursos junto a SES a nível Estadual, e MS, a nível Federal. Tendo como competência administrar todas as ações concernentes à saúde pública do Município.

Em alguns casos, não é possível que os municípios executem sozinhos todo o serviço de saúde, principalmente os pequenos municípios que carecem de recursos humanos,

financeiros e materiais, devido a sua população ser pequena, não há viabilidade para manter um hospital ou serviços especializados. Por isso, a promoção da saúde pode ocorrer através da descentralização de alguns serviços, utilizando a infra-estrutura de municípios maiores, mas não deixando de dar assistência à população municipal.

Estas mudanças são benéficas aos municípios, porém, se a gestão municipal não for instruída ou não compreender a instrução é provável que os recursos sejam insuficientes para atender a demanda de necessidade da população.

Na Portaria 648/2006 do Ministério da Saúde (2006), é relatado que o município possui autonomia para pactuar e pleitear junto a Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde os programas que forem pertinentes de serem implantados em seu município, um deles é o Programa de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Com relação à Estratégia Saúde da Família é de competência do município:

- a) Executar e gerenciar o PSF visando a organização atenção básica em saúde;
- b) Inserir a estratégia PSF em sua rede de serviços;
- c) Garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das USF, dotando-as de recursos materiais e equipamentos suficientes para o conjunto das ações propostas;
- d) Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais;
- e) Assegurar o cumprimento de horário integral das equipes atuantes na USF;
- f) Alimentar os bancos de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema municipal de saúde;
- g) Consolidar e analisar os dados de interesse do município gerados pelos sistemas de informação e divulgar os resultados obtidos;
- h) Acompanhar e avaliar o trabalho das ESF divulgando indicadores alcançados pelo programa;
- i) Estimular e viabilizar a capacitação dos profissionais das equipes;
- j) Identificar e viabilizar parceiros.

2.4 Financiamento da Saúde no Mundo

É interessante o estudo da saúde no mundo, para que possamos dar um maior valor ao nosso sistema mesmo que seja considerado falido, por muitos.

O que mais nos chama atenção neste contexto de avaliação, é que a saúde americana é conduzida de forma singular, por ser um País desenvolvido, não existe saúde pública para todos, igual no Brasil.

Segundo site de saúde americana³ (2009), existem somente dois programas de assistência americano na saúde, que é o Medicaid, que é um programa assistencial somente para pessoas de baixa renda anual, e também o programa Medicare, um seguro de saúde para os indivíduos que tem 65 anos ou mais, que são cegos ou deficientes, este programa pode ser subdividido em categorias:

- Hospital de Seguro: onde a ajuda cobre o atendimento hospitalar, as estadias são de curta duração, que podem ajudar pessoas com deficiência mental e ainda internação das pessoas, somente são pagas algumas das despesas, os usuários não pagam impostos, podem ser obrigados a pagar pelo uso.

- Seguro Médico: onde o médico ajuda a cobrir as faturas, serviços ambulatoriais e outros serviços médicos, como preventivos, os destinatários pagam pelos serviços mensalmente, as empresas contratam os programas e avaliam as coberturas, escolhendo o tipo de serviço que necessitarem. O plano cobre também a medicação do paciente se acaso precisar.

Medicaid: os benefícios variam de estado para estado, mas são sempre incluídos de cuidados hospitalares, alguns cuidados laboratoriais hospitalares, raio X, cuidados de enfermagem e de serviços médicos, dentista, veterinário e gravidez. (WWW.HOWTODOTHING.COM, 2009)

Percebemos que nos EUA (Estados Unidos da América) a saúde não é única em todo o país e nem estruturado de forma regionalizada, formando uma rede, como no Brasil, que existe a rede SUS, a qual atende desde a atenção básica até a alta complexidade para toda população, independentemente do local onde o indivíduo esteja.

³www..howtoeverything.com, 2009

2.4.1 Financiamento em saúde no Brasil

As ações e serviços de saúde são financiados com recursos próprios, da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento de Seguridade Social. (CONASEMS, 2009)

Conforme a Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, existem 04 (quatro) Blocos de Financiamento que são constituídos por componentes, conforme a especificidade de suas ações e dos serviços de saúde pactuados, que são eles:

- I- Atenção Básica;
- II- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III- Vigilância em Saúde;
- IV- Assistência Farmacêutica;

Cada esfera governamental deve assegurar seu aporte de recursos para a saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29/2000.

Os repasses ocorrem por meio de transferência “fundo a fundo” realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente em conta corrente aos Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que os gestores estaduais e municipais contem com os recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de suas programações de ações e serviços de saúde. (CONASEMS, 2009)

No ano de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29/2000, dando-se início ao processo de construção de condições necessárias ao alcance do equilíbrio desejável entre as demandas da população por serviços de saúde e os recursos necessários ao seu financiamento. (BRASIL, 2001)

A Emenda Constitucional nº 29/2000, estabelece a vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis do governo, União, Estados e Municípios para a saúde. Ela previu um aumento gradativo (5 anos) para atingir os percentuais a serem gastos com o financiamento da saúde, como garantia de que a cada 5 anos haveria avaliação do mesmo.

Para a União, a EC 29 no ano que entrou em vigor, a destinação do montante a ser empenhado em ações e serviços públicos de saúde seria o valor do exercício financeiro anterior, acrescido de 5%. Para os quatro anos seguintes teria a correção da variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto), mais a inflação do ano.

Já, para os Estados e Municípios os percentuais foram estabelecidos em 12% e 15% respectivamente, de sua receita de impostos e transferências recebidas, reduzindo do Estado as transferências realizadas aos municípios. (EC 29)

O Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, prevê uma remuneração *per capita* das ações estratégicas mínimas da Atenção Básica e que contempla além das ações previstas na Norma Operacional Básica (NOB, 1996) as seguintes responsabilidades:

- a) contra tuberculose;
- b) eliminação da hanseníase;
- c) contra a hipertensão arterial;
- d) contra Diabetes mellitos;
- e) ações da saúde básica;
- f) ações de saúde da criança.

Tais valores se somam da esfera federal, somados aos da esfera estadual e os recursos do próprio município, deverão financiar a Atenção Básica, mediante garantia de um mínimo de procedimentos contidos na Portaria MS/GM 182 de 18/12/1997.

2.4.2 financiamento para equipe de saúde da família e saúde bucal

Na Portaria 2133 (2006), o Ministério da Saúde transfere mensalmente ao município, dentro do bloco de Atenção Básica, um recurso denominado PAB-fixo, este valor é calculado sobre o número de população residente no município (censo IBGE) X R\$ 17,00 ao ano/habitante, os depósitos ocorrem em parcelas mensais, doze vezes ao ano.

O município também recebe incentivos federais na forma de PAB variável, onde o valor é dependente do programa/atividade/procedimento que o município desenvolve, sendo que a forma de pagamento ocorre da mesma maneira que o PAB fixo. Os principais programas/ações/serviços financiáveis pelo MS são: Programa de Agente Comunitário de Saúde, Saúde Bucal, Saúde da Família, Farmácia Básica, Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas (onde houver população indígena), entre outros.

O incentivo para as equipes de saúde da família são recebidos via fundo municipal de saúde, em uma conta específica para tal. O valor que o Ministério deposita é baseado no número de equipes em financiamento no município, o mesmo ocorre com as equipes de saúde bucal.

Da mesma forma que o MS disponibiliza os recursos financeiros, o Estado contribui com a chamada contrapartida, onde o município também possui sua parcela. O Estado de Mato Grosso financia ações em Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde Mental, Reabilitação, entre outras.

2.5 Programa de Saúde da Família (PSF)

O Programa da Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da população assistida. (BRASIL, 2000b)

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes. (BORTOLOTTI, 2000)

Os objetivos do Programa Saúde da família são: prestar um atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo o acesso a assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos; reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios: atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social e, garantir equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos do Município, avançando na superação das desigualdades.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) o PSF criado em 1994, é uma estratégia de mudança e de organização da atenção básica do SUS, com o intuito de melhorar as condições de vida da comunidade. Tem como funções principais, acolher de forma integral as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, interferindo nos padrões de produção de saúde e doença e conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde.

É um programa em constante evolução, de caráter substitutivo, o que demanda novas práticas e reorganizações do processo de trabalho, permitindo uma nova lógica de estruturação de espaço físico nas UBS (Unidade Básica de Saúde).

Para Bortolotto (2000), “o objetivo do Programa Saúde da Família é permitir que os serviços sejam oferecidos no meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam”.

O modelo de atenção à saúde até então vigente, tinha sua atenção marcada pelos serviços hospitalares, focalizado nos atendimentos médicos, com visão biologicista do processo de saúde/doença, voltado a ações curativas, como consequência desta visão tínhamos um excesso de trabalhos em especialidades, procedimentos de alto custo ao sistema saúde.

O programa saúde da família surgiu, na qualidade de estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde como eixo estruturante para reorganização de prática assistencial, no sentido de imprimir dinâmica nos serviços de saúde e estabelecer uma relação de vínculos com a comunidade, humanizando esta prática direcionada a vigilância à saúde, na perspectiva de intersetorialidade. (NASCIMENTO, 2005)

A grande diferença do PSF é que sua ação se baseia na família e na comunidade, o indivíduo é avaliado e analisado dentro de um território específico, o local onde reside e dentro da sua realidade de vida. Daí afirmamos que o PSF busca vínculo com a comunidade, assim como a humanização dos serviços.

2.5.1 equipe de saúde da família (ESF)

O modelo preconiza uma ESF de caráter multiprofissional, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por entre 600 a 1.000 famílias, em torno de 2.400 a 4.500 habitantes. A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. (ALVES, 2005)

A ESF deve estabelecer vínculos de compromisso entre seus técnicos profissionais de saúde e a população através do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades.

Segundo Mato Grosso (2007), a ESF é composta por: 01 Médico, 01 Enfermeiro, 02 Técnicos de Enfermagem ou 02 Auxiliares de Enfermagem, 01 Agente Administrativo, o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) varia de acordo com o número de famílias cadastradas pela equipe (em média um para cada 575 pessoas), 01 Odontólogo, 01 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e 01 Técnico de Higiene Dental (THD).

Os profissionais da ESF desempenham também atividades extra-muros como visitas, consultas e procedimentos domiciliares, reuniões com a comunidade e outras. Cada membro da ESF possui suas responsabilidades, sendo algumas comuns a todos os componentes da equipe.

A ESF deve: conhecer a realidade das famílias de sua responsabilidade; identificar os principais problemas de saúde e situação de risco aos quais a população está exposta; elaborar com a participação da comunidade um plano local para melhorar as condições que determinam o processo de saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada a demanda organizada ou espontânea, na UBS, na comunidade ou no domicílio; desenvolver atividades educativas e inter-setoriais para o enfrentamento dos problemas detectados.

Estudos apontam que as ações educativas e de prevenção aliada aos atendimentos mais freqüentes, considerados os de atenção básica ampliada, resolvam 85% dos problemas de saúde da população, isto é, investimento em atenção básica previne o adoecimento ou o agravamento da doença. (BRASIL, 2001)

Com melhoria na qualidade de vida da população, os gastos com procedimentos de média e alta complexidade tendem a diminuir, tudo como conseqüência do processo de implantação das ESF no município, pois elas estão próximas as pessoas, conseguindo resolver os problemas dentro de sua área de abrangência, a comunidade.

2.5.2 unidade básica de saúde (USB)

A UBS, chamada USF (Unidade de Saúde da Família) é o local onde atuam as ESF, ou seja, a estrutura física para funcionamento do PSF.

Constitui-se como referência para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, apesar de não ser um local de triagem onde a maior parte dos casos são encaminhados para serviços especializados. É também o local onde os problemas mais comuns de saúde da

comunidade devem ser solucionados. Necessita de recursos estruturais e equipamentos adequados à ação dos profissionais de saúde, para que os mesmos desempenhem seus papéis de acordo com seu compromisso.

A USF possui algumas características fundamentais como: possui caráter substitutivo, pois cria um novo processo de trabalho, cujo eixo é centrado na vigilância à saúde e na participação social; se constitui como parte orgânica do sistema, dentro do princípio da integralidade e equidade, devendo assegurar referência para média e alta complexidade; funciona com territorialização e adscrição da clientela, ou seja, tem território definido de abrangência, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população residente naquela área. (BRASIL, 2001)

A USF deve solucionar em torno de 85% dos casos de saúde em sua área de abrangência, mesmo aqueles que necessitam serem encaminhados para as especialidades, pronto-socorro ou hospitais, todos devem ser acompanhados pela equipe, ou seja, a ESF é responsável por todos os cuidados necessários a recuperação da saúde. (BRASIL, 1996)

Segundo dados da SES/MT (2002), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 1995, priorizando inicialmente os municípios com maior risco para mortalidade materna. Com o apoio da SES/MT, no ano de 2001, o PACS estava implantado em 141 municípios mato-grossenses, com uma cobertura de 62,39% da população. No mesmo ano foi criado em Mato Grosso o Programa de Apoio a Saúde Comunitária e os Assentamentos Rurais (PASCAR), com o objetivo de propiciar oferta de serviços básicos a população dos assentamentos.

O PSF foi implantado no estado no ano de 1997, fruto da sensibilização dos gestores que havia sido realizada no ano anterior. Neste ano foram implantadas 8 ESF no estado, com uma cobertura de 1,33% da população. Para o ano de 2001, o estado já havia implantado 299 ESF, presentes em 121 municípios, com cobertura de 48,54% da população. Esse crescimento no número de ESF deve-se também aos Pólos Regionais de Saúde, atuais ERS, que exerceram papel fundamental na operacionalização do processo. (SES, 2002)

Atualmente 68,34% da população de Mato Grosso possui cobertura por PSF, num total de 512 ESF em 2009.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada no estudo tem a finalidade de responder ao questionamento levantado na problematização, para isto descreve os métodos e procedimentos empregados, oferecendo respaldo para a pesquisa.

3.1 Método de Abordagem

Pretende-se desenvolver um estudo em caráter exploratório, devido à limitação de conhecimento quanto a algumas abordagens realizadas no presente trabalho. De acordo com a proposta de estudo, pretendeu-se atingir os objetivos, gerando resultados plausíveis para a pesquisa. Optou-se ainda pelo método indutivo devido as condições de estudos apresentadas, com apenas uma amostra de população (apenas no município de Sinop).

O método indutivo é limitado à aplicação que se possa fazer dos resultados alcançados, onde é estudado um caso ou uma amostra de uma determinada população e o estudo ocorre em uma determinada condição social, econômica, política, comportamental. (OLIVEIRA, 2008)

3.2 Métodos de Procedimentos

Através das técnicas que foram utilizadas na investigação durante a pesquisa, pretende-se promover o entendimento e explicação do problema da pesquisa. Para a realização do presente estudo foi utilizado o método estruturalista o funcionalista.

Segundo Oliveira (2008), o método estruturalista:

Consiste em primeiramente entender o estado atual de desenvolvimento da estrutura, para em seguida, abstrair esta realidade através da construção de modelo representativo desta realidade (objeto do estudo), e finaliza quando de volta a realidade do objeto de estudo (estado atual de desenvolvimento), mostra as relações que estão por trás da realidade percebida pelo sujeito.

Já no método funcionalista a sociedade é tratada como um sistema organizado de atividades sociais e culturais, onde por trás da organização destas atividades está uma estrutura funcional indispensável à operacionalização da sociedade. (OLIVEIRA, 2008)

3.3 *Tipologia e Técnicas da Pesquisa*

A pesquisa foi desenvolvida com base em bibliografias como livros, artigos de periódicos nacionais e estaduais, além de matérias de jornais e internet, referentes ao financiamento e economia da saúde pública, através da abordagem dos repasses governamentais.

Foi desenvolvida ainda pesquisa quali-quantitativa através dos dados oficiais adquiridos em sites do Estado de Mato Grosso e do Governo Federal, e indireta através das análises e interpretações da pesquisadora.

3.4 *Técnicas, Instrumentos e Procedimentos da Pesquisa*

Quadro 01 - Técnicas, Instrumentos e Procedimentos da Pesquisa

Étapas da pesquisa	Técnicas	Instrumentos
<p>Fase I</p> <p>Pesquisa bibliográfica Fundamentação teórica através da revisão bibliográfica dos temas relacionados ao tema da pesquisa</p>	<p>- Levantamento bibliográfico</p> <p>- Análise do conteúdo</p> <p>- Através de documentação indireta</p> <p>- Através de documentação direta</p>	<p>Leitura de livros, revistas, pesquisas na internet, cartilhas, material este que foi selecionado, e depois consolidado segundo critérios do autor</p>
<p>Fase II</p> <p>Pesquisa Descritiva quantitativa Descrever características e fenômenos, colocando suas grandezas através da interpretação dos dados e das informações. Transpor em números opiniões e informações para classificação e análise. Apresentar considerações finais e estabelecer encaminhamentos para futuras pesquisas sobre o referido tema</p>	<p>- Através de análises e sínteses, interpretação técnica, e através de documentação indireta</p>	<p>- Ordenação e sistematização dos dados e das informações com base na pesquisa feita.</p> <p>- Análise dos dados e proposições dos dados do autor, de acordo com o material desenvolvido na pesquisa.</p>
<p>Fase III</p> <p>Pesquisa Descritiva qualitativa - Descrever características e fenômenos, colocando suas grandezas através da interpretação dos dados e das informações. - Apresentar considerações finais e estabelecer encaminhamentos para futuras</p>	<p>- Análise do conteúdo</p> <p>- Através de análises e sínteses, interpretação técnica, e através de documentação indireta</p>	<p>- Leitura bibliográfica, através de livros, revistas, jornais, cartilhas, internet.</p> <p>- Tratamento lógico dispensado aos dados e informações adquiridas através do material didático apresentado.</p>

pesquisas sobre o referido tema		
---------------------------------	--	--

Fonte: OLIVEIRA (2008)

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Serão demonstrados neste capítulo, os dados referentes aos repasses governamentais, destinados a Saúde Pública no Município de Sinop, bem como as Portarias, Leis, Normas e Decretos que asseguram a saúde do cidadão como um direito de todos e dever do Estado conforme prevê a Constituição Federal de 1988, bem como a EC/029 que assegura o percentual destinado ao serviço de saúde Pública em contrapartida do Município para o bem estar social da população residente no Município de Sinop.

4.1 Caracterização Histórica do Município de Sinop

Sinop está localizada na região Centro Norte de Mato Grosso, as margens da rodovia (Cuiabá/Santarém) BR 163, aproximadamente 500 Km da capital Cuiabá. Com uma área de aproximadamente 3.206,80 Km², limita-se ao Norte com os Municípios de Itaúba e Cláudia, ao Sul com Sorriso e Vera, ao Leste com Cláudia e Santa Carmem e a Oeste com Tapurah, Itanhangá, Ipiranga do Norte e Sorriso.

No ano de 1972 começaram a ser abertas as primeiras ruas em Sinop, e em 1973 ocorreu a chegada das primeiras famílias. No ano de 1974, Sinop parecia um canteiro de obras, com inauguração oficial realizada em 14 de setembro de 1974. (FERREIRA, 2001)

Em 1976, a Lei nº 3.754 criou o Distrito de Sinop, com território jurisdicionado ao Município de Chapada dos Guimarães. Em 17 de setembro de 1979, a Lei Estadual nº 4.156 elevou Sinop a categoria de Município. O clima é quente e úmido com temperatura média anual de 28°C, o regime de chuvas é equatorial, com estação de seca no inverno e estação de chuvas no verão. O relevo é plano levemente ondulado, sem barreiras para a pecuária e agricultura, o solo é argiloso. Sinop é banhado por vários rios, sendo o Rio Teles Pires o principal deles.

Originalmente o solo era coberto pela floresta Amazônica meridional rica em madeira, porém em função do desmatamento e da pecuária, esta vegetação sofreu considerável redução. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2008 Sinop possuía uma população de 103.868 e a estimativa para 2009 é de 110.513 habitantes.

No plano Municipal de Saúde de Sinop (2006) consta que o Município é o maior pólo industrial e comercial da região Norte do Estado, devido a concentração de indústrias e comércio, assim como, se constitui uma das 49 cidades mais importantes do Estado. Sinop conta com ensino fundamental, médio, técnico e superior, com instituições Municipais, Estadual, Federal e particulares.

O serviço de água é tratada e realizado pelo SAE – Serviço Municipal de Água e Esgoto o qual abastece 95% da população urbana, e nas residências com poços semi artesianos existe o tratamento domiciliar (cloro e flúor). A saúde do município de Sinop, conforme dados da Secretaria de Saúde de Sinop, existem atualmente 16 ESF com 16.627 famílias cadastradas correspondendo a 50,98% da população.

Quanto a coleta de lixo, ela ocorre em dias alternados, com seletividade apenas entre lixo doméstico e hospitalar, atendendo 95% da população urbana e 5% do rural, tendo como destino final o aterro sanitário, o esgotamento sanitário é 100% por fossa séptica, pois não há estação para tratamento de esgoto no Município.

4.1.1 Caracterização do sistema de saúde no município de Sinop

No ano de 1998, Sinop foi habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, ou seja, o Município é responsável por gerir os recursos financeiros advindos das esferas governamentais usufruindo o montante, de acordo com as necessidades e demandadas locais na saúde pública, segundo a Nova Operacionalização Básica (NOB/96), e em 10 de setembro de 2003, em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, segundo a Norma Operacionalização da Assistência à Saúde/SUS – 01/02 (NOAS-01/02). Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei nº 508/93, disponível no site www.saude.gov.br.

Quando nos referimos a mecanismos de gestão articulados em espaços regionais, o Município de Sinop participa do Consórcio Intermunicipal de Saúde Teles Pires, (CIS), juntamente com os Municípios de: Feliz Natal, Tapurah, Santa Rita do Trivelato, Nova Mutum, Nova Uiratã, Sorriso, União do Sul, Cláudia, Santa Carmem, Vera, Nova Maringá, Ipiranga do Norte e Itanhangá. O Hospital referência do CIS é público Estadual, situado em Sorriso, denominado Hospital Regional de Sorriso, distante 90 km de Sinop, sua principal função é o atendimento da demanda de pacientes oriundos destes Municípios que fazem parte do Consórcio, onde as Prefeituras em contrapartida ajudam na manutenção deste Consórcio,

através do pagamento de uma taxa mensal conforme o uso, para o atendimento do pacientes, caso não existisse o referido Consórcio, os pacientes necessitados de atendimento de média e alta complexidade, precisariam procurar outros centros de especialidades, onde o mais próximo está na capital mato-grossense Cuiabá.

A rede de Atenção Básica a saúde em Sinop é constituída por dois Centros de Saúde, 16 Unidades de Saúde da Família, 01 Centro de Especialidades, 01 Unidade Descentralizada de Reabilitação, 01 Unidade de Coleta e Transfusão, 01 Centro de Apoio Psicossocial e 02 Centros de Odontologia, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento. Conta com 01 Pronto Atendimento de urgência e emergência, 01 hospital particular que é conveniado ao SUS.

4.2 Incentivos Financeiros Federais na Atenção Básica

É de competência das três esferas de governo, União, Estado e Município o financiamento das ações da saúde. Os repasses federais são organizados e transferidos através dos blocos de financiamento, são transferidos de Fundo a Fundo, ou seja, do Fundo Federal e Estadual para o Fundo Municipal de Saúde, e devem ser aplicados nos segmentos de cada bloco. O financiamento da saúde a nível Federal foi implementado através do Pacto pela Saúde, sob a Portaria nº 399/GM de 22/02/2006 e Portaria nº 204 de 29/01/2009, disponível no site www.saude.gov.br.

O referido bloco que enfocamos neste trabalho é o da Atenção Básica que direciona os recursos aos PSFs (Programa de Saúde da Família), o qual é constituído por dois componentes: O Piso da Atenção Básica – PAB Fixo e o Piso a Atenção Variável – PAB variável, são recursos que destinam-se ao financiamento de todas as ações voltadas à Atenção Básica nos PSFs, e obedecem a legislação para distribuição de tais recursos.

Os itens principais para a implantação das Equipes de Saúde da Família são:

- Existência de uma equipe multiprofissional responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para os seus integrantes e composta por no mínimo, medico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS;

- Número de ACS suficientes para cobrir 100% população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família;

- Existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente: Consultório Médico e de Enfermagem para a ESF, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência, área e sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, sala de vacina e sanitários, equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica, garantia de fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

A planta baixa da estrutura física do PSF necessita de aprovação da Vigilância Sanitária Estadual para que seja construído ou reformado, baseando-se em legislação específica para tal.

4.2.1 Critérios para distribuição do PAB fixo na esfera federal

Define-se o PAB fixo/ano, multiplicando o valor per capita nacional, pela população do Município, conforme a estimativa populacional do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Este valor está fixado em R\$ 17,00 (dezesete reais) por habitante/ano, o valor é preconizado pelo Ministério da Saúde, e publicado em portaria específica. Nos Municípios cujos valores já são superiores ao mínimo valor *per capita* proposto, será mantido o maior valor. O valor é o *per capita* é o mesmo para todo Brasil, conforme a portaria GM nº 2.133 de 11/09/2006, esta Portaria está disponível no site www.saude.gov.br. As despesas que podem ser custeadas são: Material de consumo, outros serviços de terceiros pessoa jurídica e física, inclusive na aquisição de equipamentos e materiais permanentes, também na ampliação dos PSFs, todos os recursos deverão ser destinados exclusivamente para custeio na Atenção Básica, e ainda podem ser utilizadas para:

- Consultas médicas;
- Atendimento odontológico básico;
- Atendimento básico por profissionais de nível superior e médio;
- Visita domiciliar do PSF;
- Atividades educativas do PSF;

- Assistência ao pré-natal e o parto domiciliar;
- Atividade de planejamento familiar;
- Pequenas cirurgias;
- As atividades dos Agentes Comunitários de Saúde.

4.2.2 Critérios para distribuição do PAB variável da esfera federal

As atividades do PAB variável seguem a portaria MS nº 648 e 650 de 28/03/2006 e Portaria nº 204 de 29/01/2007, disponíveis no site oficial do Ministério da Saúde. Constitui-se de recursos financeiros destinados as estratégias realizadas na Atenção Básica à Saúde, tais como: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Incentivos aos Povos Indígenas e Sistema Penitenciário.

Para o Programa Saúde da Família, conforme portaria nº 648 e 659 de 28/03/2006 e 822 de 17/04/2006, disponíveis no site www.saude.mt.gov.br, a Modalidade I para os Municípios com cobertura populacional acima de 70%, ou seja, de acordo com a quantidade de pessoas atendidas, são transferidos R\$ 9.100,00 (nove mil e cem reais) ao mês, por equipe. Estão neste bloco, todas as ações relacionadas à Equipe de Saúde da Família, implantadas no Município na Amazônia Legal. Em Mato Grosso, existem 133 (cento e trinta e três) municípios sendo que 18 destes não se enquadram nesta modalidade entre eles podemos citar: Cáceres, Barra do Garças, Primavera do Leste, Sinop, Tangará da Serra, Rondonópolis, Várzea Grande e Cuiabá, por possuírem mais de 50.000 habitantes.

Na Modalidade II são transferidos R\$ 6.400,00 (seis mil e quatrocentos reais) ao mês por equipe de Saúde da Família, nesta modalidade se encontram as equipes que não se enquadram na modalidade I.

Para cada equipe implantada o Ministério da Saúde transferirá um recurso que é destinado a implementação da Equipe e para capacitação em curso Introdutório em Saúde da Família, este valor é de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), distribuído em parcela única. Este repasse é transferido assim que a equipe estiver qualificada.

Excepcionalmente, os recursos do PAB fixo correspondentes à população de Municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados na Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, podem ser transferidos, transitoriamente aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme as Resoluções da Comissão Intergestora Bipartite.

Outra modalidade de financiamento dentro do PAB variável é o financiamento dos Agentes Comunitários de Saúde, de acordo com o Art.4º da portaria nº MS 650 de 28/03/2006, disponível no site oficial do Ministério da Saúde. O principal objetivo é estimular a Atenção Básica nos Municípios, tendo que aderir como estratégias: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Compensação de Especificidades Regionais, Saúde Indígena e Saúde no Sistema Penitenciário. O Município que adere recebe um incentivo em um valor fixado pelo Ministério da Saúde, que atualmente é de R\$ 581,00 (quinhentos e oitenta e um reais) por ACS, este incentivo é calculado pelo número de ACS cadastrados no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e no CNES (Sistema Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), sendo depositado também na conta do Fundo a Fundo.

Ainda dentro do PAB variável, temos o incentivo para as Equipes de Saúde Bucal, que se dá através do Artigo 5º da Portaria nº 650 de 28/03/2006, encontrada no site www.saude.gov.br, destina-se aos cuidados da higiene bucal básica. Constitui-se de R\$ 3.000,00 (três mil reais) ao mês por equipe implantada, necessitando de profissionais como: um Cirurgião Dentista e um Auxiliar de Consultório Dentário. Referimos a modalidade I de financiamento.

Para a Modalidade II o valor é de R\$ 3.800,00 (três mil e oitocentos reais) ao mês por equipe, sendo, um cirurgião dentista, um Auxiliar de Consultório Dentário e um Técnico de Higiene Dental.

Sinop, atualmente conta com cinco equipes de Saúde Bucal implantadas nos PSFs do Jardim Primavera, Setor Industrial, Alto da Glória, Menino Jesus I e II. No mês subsequente a implantação da equipe é repassado o valor de R\$ 7.000,00 (sete mil reais) em parcela única para investimento na compra de equipamentos e materiais permanentes, inclusive para confecção de próteses e também para Curso Introdutório em Saúde da Família. Estas despesas fazem parte do Custeio do Programa da Saúde Bucal.

4.2.3 Suspensão do repasse de recurso do PAB fixo e variável

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses de recursos do PAB fixo aos Municípios e Distrito Federal caso:

- Não houver alimentação dos dados regularmente, por parte dos Municípios e Distrito Federal, nos bancos nacionais de informação:

- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)
- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)
- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)
- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
- Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN)

Se forem detectadas por meio de auditoria federal ou estadual, desvio de finalidade na utilização dos recursos, a suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

Da suspensão do repasse do PAB variável por parte do Ministério da Saúde, serão suspensos os incentivos a Equipe de Saúde da Família e de Saúde Bucal ao Município, onde forem constatadas, por meio de monitoramento ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde, ou por meio de auditoria em algumas das seguintes situações:

- Inexistência de saúde cadastrada para o trabalho das equipes;
- Ausência de qualquer dos profissionais da equipe por período superior a 90 dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;
- O descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, conforme portaria 648/2006.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse dos recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, nos casos em que forem constatados as seguintes irregularidades:

- Inexistência da Unidade de Saúde devidamente cadastrada;
- Ausência de Enfermeiro supervisor por período de 90 dias, exceto em períodos de Legislação Eleitoral;
- Ausência dos ACS por período de 90 dias consecutivos;

- Descumprimento da carga horária;
 - Quanto a suspensão dos incentivos por parte do Estado:
 - Equipe não localizada por não estar em funcionamento;
 - Ausência do profissional médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal ou ausência de 50% ou mais dos Agentes Comunitários de Saúde na e da equipe, num período superior a 45 dias;
 - Descumprimento da carga horária de 40 horas semanais por qualquer profissional;
 - Descaracterização da proposta da estratégia Saúde da Família pela equipe, mantendo o modelo de atuação e desacordo com as portarias, normas e diretrizes que a regulamentam;
 - Caracterização de rodízio de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal) entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e/ou entre as equipes de Saúde Bucal (ESB) de um mesmo Município, mantendo sempre uma ou mais equipes incompletas;
 - Estrutura física em desacordo com normas da Vigilância Sanitária (RDC-50) e Política Nacional de Atenção Básica, conforme anexo II da Portaria GM 058/2009, disponível no site www.saude.gov.br.
 - Inexistência ou insuficiência de equipamentos que comprometam a resolutividade as equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Saúde Bucal, conforme anexos III e IV da Portaria 058/2009, citada anteriormente.
 - Inexistência do Agente Comunitário de Saúde Rural informado (ACSR) do PASCAR e/ou enfermeiro instrutor responsável pelo referido Programa;
 - Inexistência de Unidade Básica de Saúde para a população não coberta pela estratégia Saúde da Família;
 - Não envio do relatório de monitoramento mensal das ações de Saúde Bucal até o dia 10 do mês subsequente para o devido Escritório Regional de Saúde (ERS);
 - Comprovação de inconsistência nas informações dos sistemas de informação em Saúde da Família;
- Ficando corrigidas todas as inconformidades que levaram a suspensão do incentivo financeiro por parte do Ministério da Saúde e do Estado, volta o Município a receber o incentivo financeiro regularmente, normalmente, sem pagamento do retroativo.

4.3 Incentivos Financeiros Estaduais na Atenção Básica

O programa de Apoio a Saúde Familiar tem como principal objetivo incentivar o município, com o intuito de promover a implementação do Programa no município, isto se dá conforme o número de equipes de Saúde da Família implantada.

Os recursos são pré distribuídos da seguinte forma: R\$ 4.800,00 (quatro mil e oitocentos reais) mensal para cada Equipe de Saúde da Família nos Municípios de Alto Araguaia e nordeste de Mato Grosso.

Este cálculo da cobertura percentual da população atendida em relação da população total do Município é baseado no cadastro do SIAB. A portaria nº 058/GAB/SES/2009, disponível no site do Ministério da Saúde, que define os critérios para suspensão dos incentivos Estaduais para Saúde Família e Saúde Bucal.

O Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentamentos Rurais PASCAR, de acordo com a portaria GAB 1.434/2004, disponível no site www.saude.mt.gov.br, nele cada Agente Comunitário de Saúde é responsável por no mínimo 280 (duzentos e oitenta) a 300 (trezentas) famílias, cada Município recebe o valor de R\$ 415,00 (quatrocentos e quinze reais) de incentivo por Agente Comunitário de Saúde do PASCAR.

O Programa da Saúde Bucal de acordo com a portaria SES nº 001 de 12/01/2005, disponível no site oficial da SES, tem como objetivo a promoção e recuperação da saúde bucal no PSF. Na Modalidade I, onde é composta por um Odontólogo, um Auxiliar de Consultório Dental, as equipes recebem de incentivos financeiros R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) ao mês, acrescidos de 500,00 (quinhentos) reais por equipe, se houver cobertura de 70% da população geral. Na Modalidade II, onde é composta por um Odontólogo, um Técnico de Higiene Dental e um Auxiliar de Dentista, o incentivo é de R\$ 1.900,00 (um mil e novecentos reais) acrescido de R\$ 500,00 (quinhentos reais) com cobertura de 70% da população em geral. Sinop não recebe o incentivo de R\$ 500,00 (quinhentos reais), pois sua cobertura de Saúde Bucal é de 14% da população.

O Município de Sinop recebe atualmente R\$ 8.000,00 (oito mil reais) ao mês referente à 5 (cinco) equipes de saúde bucal, sendo: 3 (três) equipes na Modalidade I R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) para cada equipe/mês e 2 (duas) na Modalidade II R\$ 1.900,00 (um mil e novecentos reais).

Com 16 (dezesseis) Equipe de Saúde da Família implantadas, atualmente, o Município recebe o valor de R\$ 4.800,00 (quatro mil e oitocentos reais) ao mês/equipe totalizando R\$

76.800,00 (setenta e seis mil e oitocentos reais) que somado no final de a um ano teremos o valor de R\$ 921.600,00 (novecentos e vinte e um mil seiscentos reais).

4.4 Incentivos Financeiros Municipais na Atenção Básica

Todos os recursos utilizados para o custeio em saúde são registrados de acordo com a LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) e LOA (Leis Orçamentária Anual), há a obrigatoriedade de 15% (quinze por cento), conforme a Emenda Constitucional 29/2000 que advêm da receita própria do Município, para o investimento em saúde.

O valor total deve ser coerente com o valor programado para o Custeio das ações em serviços de saúde, previstos na Lei Orçamentária Anual e a Programação Anual da Saúde para o exercício em referência, normalmente este valor excede os 15% determinado pela EC/29.

4.5 Competências do Município com a Atenção Básica

Compete ao Município, construir a porta de entrada do serviço de saída ao paciente, que ele seja o mais acessível possível em todos os sentidos, sendo o primeiro a ser buscado, deve promover a continuidade do cuidado, ou seja, a pessoa atendida deve manter o vínculo com o serviço ao longo do tempo, para que o próximo atendimento ocorra de forma mais eficiente; atender integralmente, ou seja, por mais que o paciente seja encaminhado a um serviço ou atendimento secundário ou terciário. A Atenção Básica deve acompanhá-la de forma integral; coordenar o cuidado, é de competência ainda da atenção básica, realizar o cuidado à saúde da pessoa mesmo que ele seja atendida em outros níveis.

A portaria 648/2006 estabelece as diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o PSF e PACS e a define como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho de equipe, dirigidas a população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade

existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006)

São ações de promoção, prevenção e diagnóstico, tratamento e reabilitação, dirigidas a população de território delimitado. A Atenção Básica é de responsabilidade do Município, conforme preconiza o SUS, são os serviços primários que o Município porta a população. O Ministério da Saúde e o Estado contribuem financeiramente com os Municípios, onde cada um destes é responsável por uma parcela deste financiamento.

4.6 Estrutura dos PSFs em Sinop

O Município de Sinop possui atualmente 16 equipes de saúde da família e 05 equipes de saúde bucal, as quais foram implantadas no ano de 2001, desde então não houve criação/implementação de novas equipes.

Quadro 02 - Equipes de Saúde da Família

PSF I Alto da Glória	PSF VIII- União II
PSF II- Menino Jesus I	PSF IX – Primaveras I
PSF III – Menino Jesus II	PSF X – Primaveras II
PSF IV- São Cristovão	PSF XI – Botânico I
PSF V – Boa Esperança I	PSF XII – Botânico II
PSF VI – Boa Esperança II	PSF XIII – Industrial
PSF VII – União I	PSF XV – Carlos Scholtão I
PSF XVI – Carlos Scholtão II	

Fonte: SMS Sinop

Quadro 03 - Equipe de Saúde Bucal

PSF I – Alto da Gloria Modalidade I	PSF X – Primaveras II Modalidade I
PSF II – Menino Jesus I Modalidade II	PSF XIII – Industrial Modalidade I
PSF III - Menino Jesus II Modalidade II	

Fonte: SMS Sinop

Segundo dados levantados junto a Secretaria Municipal de Saúde de Sinop (2009), as Unidades de saúde da Família União I e II, Nações, Alto da Glória e Industrial funcionam em prédios alugados. As demais Unidades Boa Esperança (I e II), Scholtão (I e II), Botânico (I e II), Primaveras (I e II), Menino Jesus (I e II) e São Cristovão funcionam em prédio próprio. Nenhuma das Unidades possui planta baixa aprovada pela Vigilância Sanitária.

Segundo informações do Escritório Regional de Saúde de Sinop, existe a necessidade de adequação da estrutura física de várias Unidades e o Município necessita ampliar a cobertura por Equipes de Saúde da Família.

4.7 Custo X Benefício das Unidades de Saúde da Família para a População

Nos dados do Ministério da Saúde consta que o município de Sinop possui uma série de cobertura histórica pela estratégia Saúde da Família, quem vem decrescendo com o passar dos anos, em 2001 eram 16 Equipes de Saúde da Família e hoje, continuam estas mesmas equipes, entendemos que a população aumentou significativamente, e o número de ESF não mudou.

Segundo dados do SIAB no ano de 2008 o número de famílias cadastradas era de 17.099, totalizando aproximadamente 60.349 habitantes, perfazendo uma cobertura em torno de 53,69%. Neste ano foram realizadas 79.382 consultas, em torno de 132.000 exames, 9.000 encaminhamentos para outras especialidades, 156.000 visitas domiciliares. Para o primeiro semestre de 2009, segundo fontes do SIAB, constam 16.600 famílias cadastradas, com 58.811 habitantes, uma cobertura populacional equivalente a 50,69%, foram realizadas 11.649 consultas, 9.000 exames, 6.500 encaminhamentos e 9.100 visitas domiciliares.

Estudos indicam que quanto maior a cobertura pelo Programa de Saúde da Família, maior é a resolutividade em Atenção Básica. Porém apesar de todos os esforços por parte da Secretaria de Estado de Saúde e do Ministério da Saúde, o município de Sinop não tem conseguido ampliar o seu número de Equipes de Saúde da Família. É promessa da Secretaria Municipal de Saúde, a ampliação para o segundo semestre de 2009. Quando investe-se em prevenção, reduzem-se os riscos com complicações e internações, que normalmente são os procedimentos mais onerosos no sistema de saúde pública.

4.8 Dados Referente a Incentivos Municipais, Estaduais e Federais de 2008 e Primeiro Semestre de 2009 para o Programa Saúde da Família e Saúde Bucal, Município de Sinop

Tabela 01 – PAB Fixo Sinop em 2008

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 129.835,00
Fevereiro	R\$ 129.835,00
Março	R\$ 129.835,00
Abril	R\$ 129.835,00
Mai	R\$ 129.835,00
Junho	R\$ 129.835,00
Julho	R\$ 129.835,00
Agosto	R\$ 129.835,00
Setembro	R\$ 138.490,67
Outubro	R\$ 138.490,67
Novembro	R\$ 138.490,67
Dezembro	R\$ 138.490,67
Total	R\$ 1.592.642,60

Fonte: www.saude.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 01, visualizamos os incentivos do PAB Fixo recebidos pelo Município de Sinop no ano de 2008. Observamos a mudança de valor no mês de setembro/2008, este fato se deu em função de que o Ministério da Saúde ter utilizado a população conforme a estimativa do IBGE, o qual interfere diretamente no cálculo destas estimativas conforme Portaria nº 2.133 de 11 de setembro de 2006, disponível no site www.saude.gov.br (2009). O cálculo do PAB Fixo se dá da seguinte maneira:

Estimativa população IBGE X15,00

12 meses

Sendo assim: $\frac{103.818 \times 15}{12} = 129.835,00$ (até o mês de agosto/2008).

12

Sendo assim: $\frac{110.792 \times 15}{12} = 138.490,67$

12

A base populacional para o mês de agosto foi de 103.818 habitantes e de setembro em diante foi de 110.792 habitantes.

Tabela 02 – PAB Fixo Sinop 2009

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 156.560,08
Fevereiro	R\$ 156.560,08
Março	R\$ 156.560,08
Abril	R\$ 156.560,08
Maio	R\$ 156.560,08
Junho	R\$ 156.560,08
Total	R\$ 939.360,48

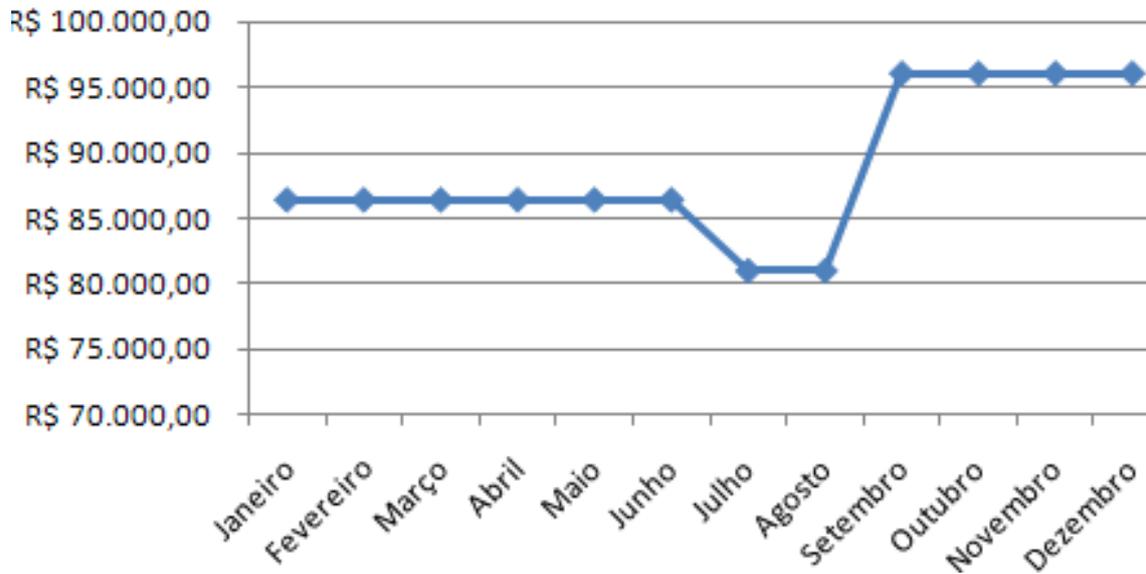
Fonte: www.saude.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 02, visualiza-se o valor do PAB fixo para o 1º semestre de 2009, onde a base cálculo da população IBGE é de 110.513 habitantes e o valor fixo *per capita* é de 17,00 por habitante/ano. Conforme portaria nº 3.067 de 23 de dezembro de 2008, disponível no site www.saude.gov.br.

Tabela 03 – PAB variável federal no PSF em 2008

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 86.400,00
Fevereiro	R\$ 86.400,00
Março	R\$ 86.400,00
Abril	R\$ 86.400,00
Maio	R\$ 86.400,00
Junho	R\$ 86.400,00
Julho	R\$ 81.000,00
Agosto	R\$ 81.000,00
Setembro	R\$ 96.000,00
Outubro	R\$ 96.000,00
Novembro	R\$ 96.000,00
Dezembro	R\$ 96.000,00
Total	R\$ 1.064.400,00

Fonte: www.saude.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Gráfico 01 - PAB variável federal no PSF em 2008

Fonte: www.saude.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 03, gráfico 01, verifica-se que de janeiro a junho de 2008 o município recebeu integralmente por 16 Equipe de Saúde da Família, o valor mensal de R\$ 5.400,00 por equipe, os meses de julho e agosto recebeu por 15 Equipe de Saúde da Família, foi o motivo de duplicidade cadastral de profissionais no CNES, já de setembro a dezembro, voltou a receber integralmente, referente à 16 Equipe de Saúde da Família, tendo sido aumentado o valor mensal por equipe de R\$ 6.000,00, conforme exposto no item 4.2.2 deste capítulo.

Tabela 04 – PAB variável estadual no PSF em 2008

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 52.800,00
Fevereiro	R\$ 52.800,00
Março	R\$ 52.800,00
Abril	R\$ 52.800,00
Mai	R\$ 52.800,00
Junho	R\$ 52.800,00
Julho	R\$ 52.800,00
Agosto	R\$ 52.800,00
Setembro	R\$ 52.800,00
Outubro	R\$ 52.800,00
Novembro	R\$ 52.800,00
Dezembro	R\$ 52.800,00
Total	R\$ 633.600,00

Fonte: www.saude.mt.gov.br adaptado pela autora (2009)

Na tabela 04, verifica-se que o Município de Sinop recebeu incentivos estaduais referentes a 11 equipes de PSF, possuindo 16 equipes. O valor por equipe é de R\$ 4.800,00, tal fato de seu em função de inconformidades detectadas pela equipe de supervisão do Escritório Regional de Saúde de Sinop, bloqueando os incentivos de cinco equipes no ano de 2007, devido a estrutura física estar comprometida.

Tais inconformidades não foram sanadas durante todo o ano de 2008, ficando o Município sem receber por 5 equipes, perfazendo um total de R\$ 24.000,00 ao mês, ou seja, R\$ 288.000,00.

Tabela 05 – PAB variável federal no PSF em 2009

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 102.400,00
Fevereiro	R\$ 102.400,00
Março	R\$ 102.400,00
Abril	R\$ 102.400,00
Maio	R\$ 102.400,00
Junho	R\$ 102.400,00
Total	R\$ 614.400,00

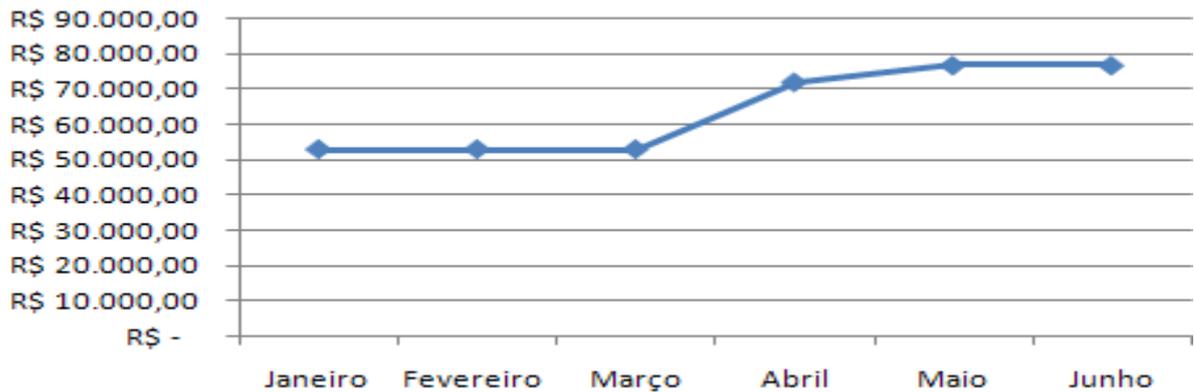
Fonte: www.saude.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Na Tabela 05, verifica-se os incentivos federais que o município de Sinop, recebeu no 1º semestre de 2009, correspondendo a R\$ 6.400,00 por Equipe de Saúde da Família, perfazendo R\$ 614.400,00 para o período avaliado.

**Tabela 06 –
PAB variável
estadual no
PSF em 2009**

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 52.800,00
Fevereiro	R\$ 52.800,00
Março	R\$ 52.800,00
Abril	R\$ 72.000,00
Maio	R\$ 76.800,00
Junho	R\$ 76.800,00
Total	R\$ 384.000,00

Fonte: www.saude.mt.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Gráfico 02 – PAB variável estadual no PSF em 2009

Fonte: www.saude.mt.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 06, gráfico 02, verifica-se que nos meses de janeiro, fevereiro e março o Município ainda não havia regularizado a situação (corrigido as inconformidades), junto ao Estado com relação ao bloqueio do incentivo de 05 equipes.

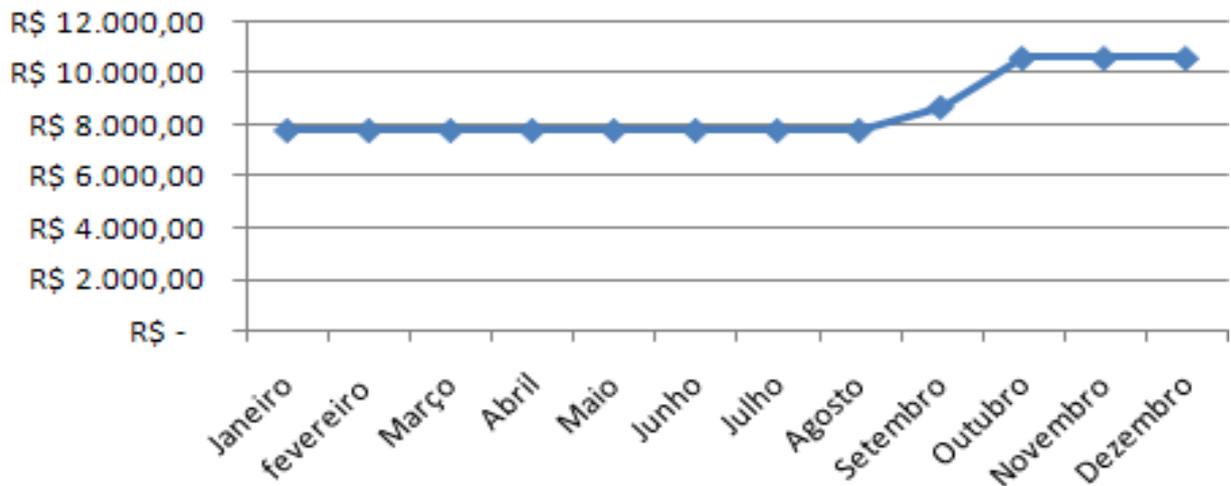
No mês de abril a situação esteve parcialmente resolvida, pois o Município recebeu incentivo por 15 equipes, já no mês de maio e junho, aparentemente o Município resolvera as pendências, voltando a receber o incentivo pelas 16 equipes existentes.

No ano de 2009, 1º semestre o Município deixou de receber o montante de R\$ 76.000,00, equivalente a quase um mês de incentivo por 16 Equipes de Saúde da Família.

Tabela 07 – PAB variável federal na Saúde Bucal em 2008

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 7.800,00
Fevereiro	R\$ 7.800,00
Março	R\$ 7.800,00
Abril	R\$ 7.800,00
Maio	R\$ 7.800,00
Junho	R\$ 7.800,00
Julho	R\$ 7.800,00
Agosto	R\$ 7.800,00
Setembro	R\$ 8.700,00
Outubro	R\$ 10.600,00
Novembro	R\$ 10.600,00
Dezembro	R\$ 10.600,00
Total	R\$ 102.900,00

Fonte: www.saude.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Gráfico 03 – PAB Variável Federal na Saúde Bucal em 2008

Fonte: www.saude.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 07, gráfico 03, visualiza-se os incentivos federais recebidos pelo Município de Sinop para saúde bucal no ano de 2008. No período de janeiro a agosto, a média por equipe (05 equipes) foi de R\$ 1.560,00, aumentando para R\$ 1.740,00 em setembro e para R\$ 2.120,00 de outubro a dezembro.

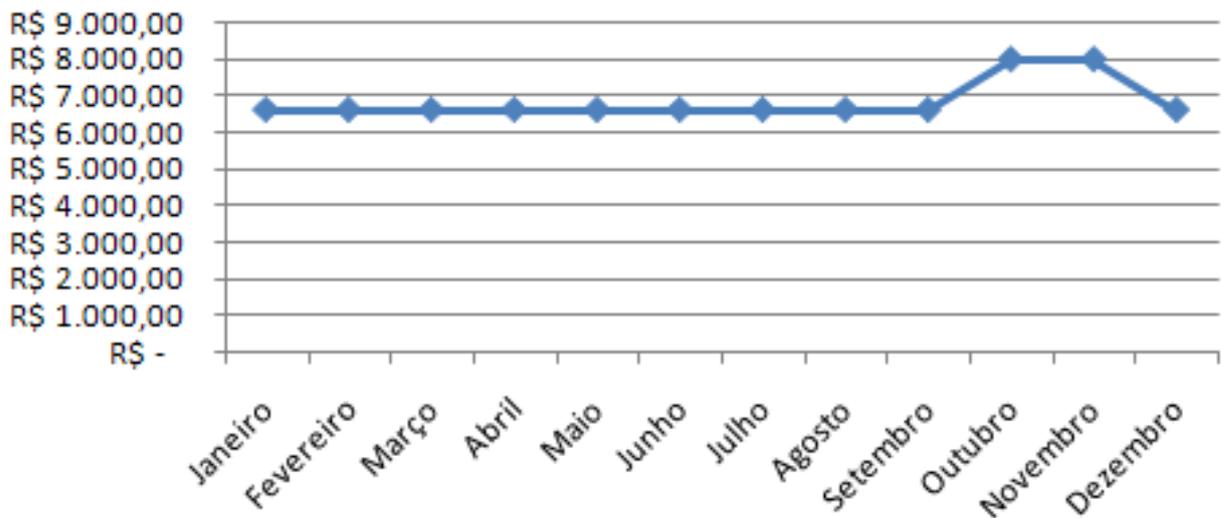
Não houve variação no número de equipes, mas sim reajuste por parte do Ministério da Saúde.

Tabela 08 – PAB variável estadual na Saúde Bucal em 2008

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 6.600,00
Fevereiro	R\$ 6.600,00
Março	R\$ 6.600,00
Abril	R\$ 6.600,00
Maio	R\$ 6.600,00
Junho	R\$ 6.600,00
Julho	R\$ 6.600,00
Agosto	R\$ 6.600,00
Setembro	R\$ 6.600,00
Outubro	R\$ 8.000,00
Novembro	R\$ 8.000,00
Dezembro	R\$ 6.600,00
Total	R\$ 82.000,00

Fonte: www.saude.mt.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Gráfico 04 – PAB Variável Estadual na Saúde Bucal em 2008



Fonte: www.saude.mt.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 08, gráfico 04, verifica-se os valores recebidos de incentivos estaduais para Saúde Bucal pelo Município de Sinop no ano de 2008. O Município de Sinop possui 05 Equipes de Saúde Bucal sendo, 03 equipes na modalidade I, cujo valor por equipe é de R\$ 1.400,00 e são duas equipes na modalidade II, cujo o valor é de R\$ 1.900,00 por equipe.

Nos meses de janeiro a setembro o Município de Sinop recebeu o incentivo por quatro equipes, provavelmente por inconformidade em uma equipe, nos meses de outubro e novembro o Município recebeu integralmente por cinco equipes e no mês de dezembro voltou a receber por 4 equipes, por detectar inconformidade na equipe de Saúde Bucal no PSF do Alto da Glória, onde existe equipe da modalidade I.

Tabela 09 – PAB variável federal na Saúde Bucal em 2009

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 11.200,00
Fevereiro	R\$ 11.200,00
Março	R\$ 11.200,00
Abril	R\$ 11.200,00
Maio	R\$ 11.200,00
Junho	R\$ 11.200,00
Total	R\$ 67.200,00

Fonte: www.saude.gov.br, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 09, verifica-se o valor recebido de incentivo federal para saúde bucal no 1º semestre de 2009, sendo o valor médio de R\$ 2.240,00 por equipe, perfazendo um total de R\$ 11.200,00 por mês, R\$ 67.200,00 no 1º semestre.

Tabela 10 – PAB variável estadual na Saúde Bucal em 2009

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 8.000,00
Fevereiro	R\$ 8.000,00
Março	R\$ 8.000,00
Abril	R\$ 8.000,00
Maiο	R\$ 8.000,00
Junho	R\$ 8.000,00
Total	R\$ 48.000,00

Fonte: www.saude.mt.gov.br, adaptado pela autora (2009)

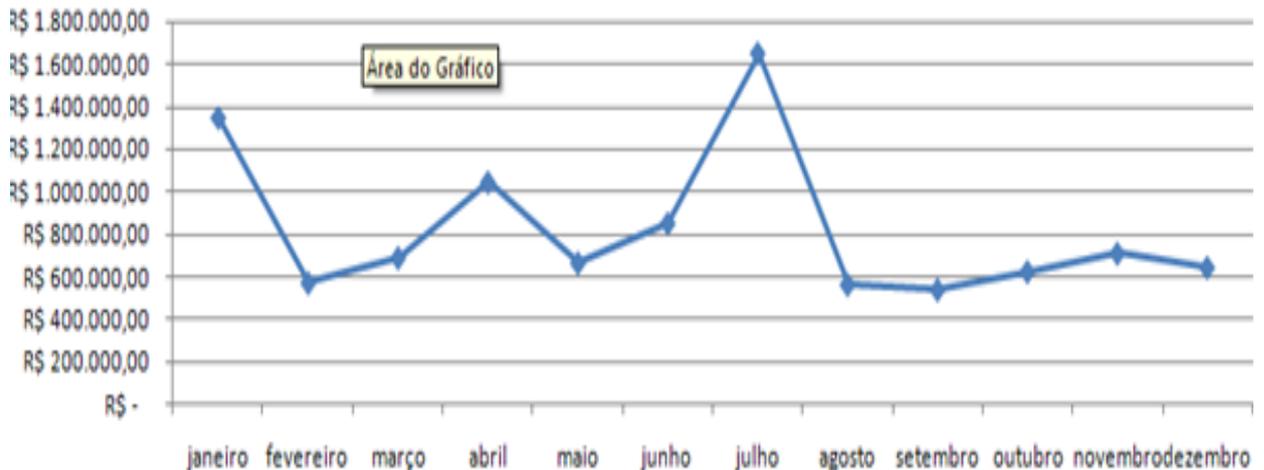
Na tabela 10, visualizamos os incentivos recebidos do Estado para saúde bucal no 1º semestre de 2009, sendo que são 05 Equipes de Saúde Bucal, sendo duas na Modalidade II (R\$ 1.900,00) e três na Modalidade I (R\$ 1.400,00). Para o 1º semestre o Município recebeu R\$ 48.000,00 de incentivo Estadual para o Programa de Saúde Bucal.

Tabela 11 – Investimento municipal na Saúde da Família em 2008

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 1.348.678,48
Fevereiro	R\$ 574.183,58
Março	R\$ 691.584,05
Abril	R\$ 1.045.410,22
Maiο	R\$ 667.360,03
Junho	R\$ 853.279,72
Julho	R\$ 1.650.796,63
Agosto	R\$ 565.887,22
Setembro	R\$ 542.074,98
Outubro	R\$ 626.493,70
Novembro	R\$ 712.140,33
Dezembro	R\$ 645.957,10
Total	R\$ 9.923.846,04

Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009).

Gráfico 05 – Investimento municipal na Saúde da Família em 2008



Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 11, gráfico 05, verifica-se os valores dos investimentos pelo município de Sinop para o ano de 2008 no Programa Saúde da Família. O mês onde o investimento foi menor foi no mês de setembro e o mês com maior investimento foi o mês de julho. Do total investido o mês de setembro representou 5,46%, já o mês de julho representou 16,64%.

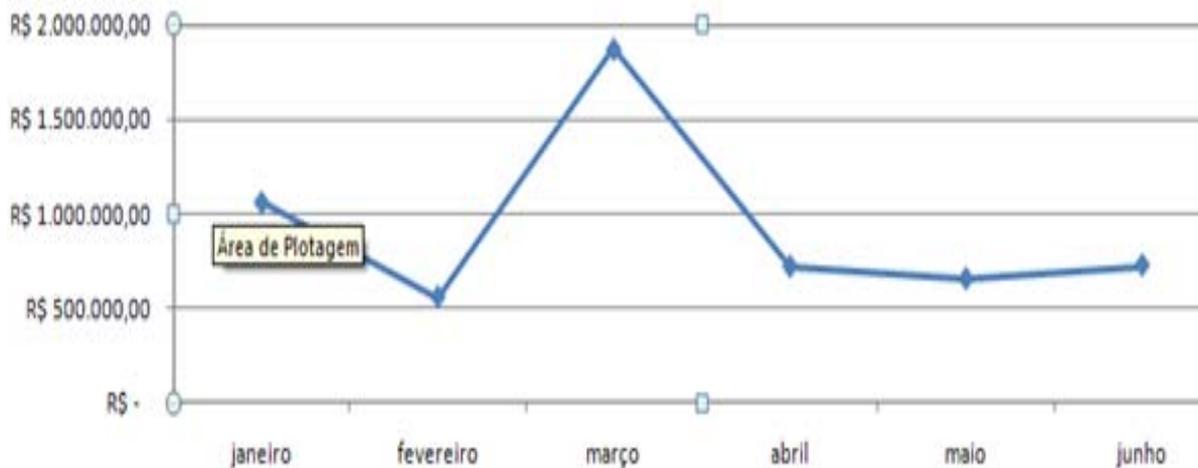
Observando os valores acima, acreditamos que o Município não realize planejamento dos recursos a serem investidos, uma vez que, não verificamos uma constância nos valores, em três meses os montantes oscilaram para valores acima de um milhão de reais. No mês de janeiro justifica-se o pagamento das férias dos servidores do Programa de Saúde da Família de do programa de Saúde Bucal e no mês de Julho justifica-se o pagamento do 13º salário dos servidores.

Tabela 12- Investimento Municipal na Saúde da Família em 2009

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 1.060.238,47
Fevereiro	R\$ 556.755,64
Março	R\$ 1.877.163,96
Abril	R\$ 719.773,86
Maior	R\$ 655.223,56
Junho	R\$ 726.653,74
Total	R\$ 4.940.585,77

Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Gráfico 06- Investimento Municipal na Saúde da Família em 2009



Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 12, gráfico 06, verifica-se os investimentos em Saúde da Família no 1º semestre de 2009. O mês onde o investimento foi menor foi o mês de fevereiro. O maior investimento ocorreu no mês de março de 2009, devido o sistema orçamentário do Estado e Federal abrirem neste período, e houve maior investimento em compra de materiais para suprir as necessidades dos atendimentos. No mês de fevereiro o investimento correspondeu a 11,27% do total e o mês de março correspondeu a 38% dos investimentos.

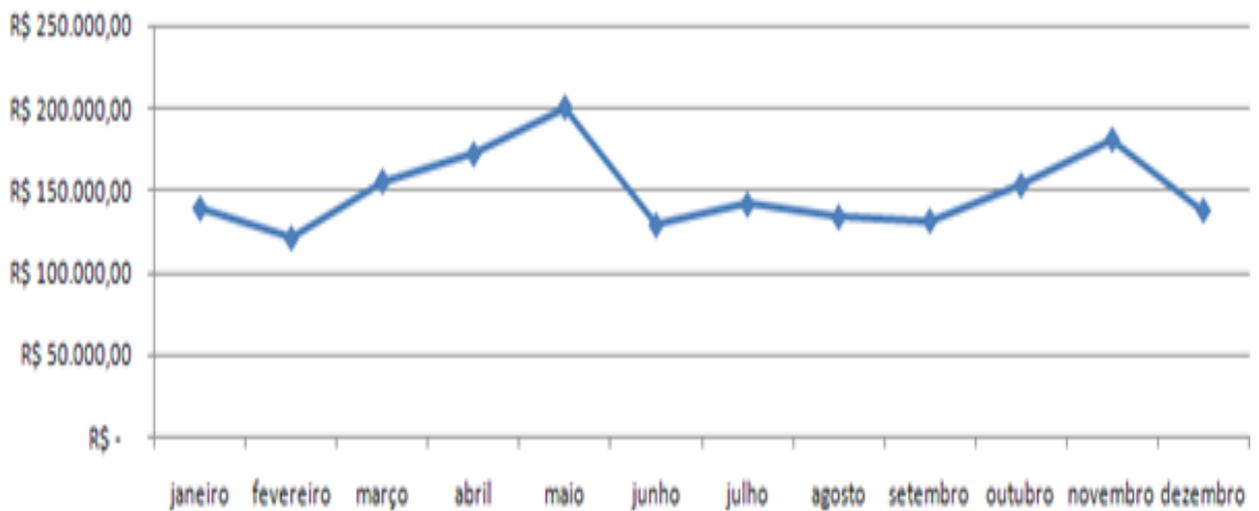
Quando comparamos o 1º semestre de 2008 com o de 2009, verificamos que Sinop investiu mais em 2008 do que 2009, para o mesmo período.

Tabela 13- Investimento municipal na Saúde Bucal em 2008

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 139.023,18
Fevereiro	R\$ 121.049,19
Março	R\$ 155.339,16
Abril	R\$ 171.858,90
Maio	R\$ 200.053,05
Junho	R\$ 128.882,23
Julho	R\$ 141.383,48
Agosto	R\$ 133.702,44
Setembro	R\$ 131.488,60
Outubro	R\$ 152.992,66
Novembro	R\$ 180.580,83
Dezembro	R\$ 137.793,87
Total	R\$ 1.794.147,30

Fonte:
Prefeitura
Municipal de
Sinop,
adaptado pela
autora (2009)

Gráfico 07 - Investimento municipal na Saúde Bucal em 2008



Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

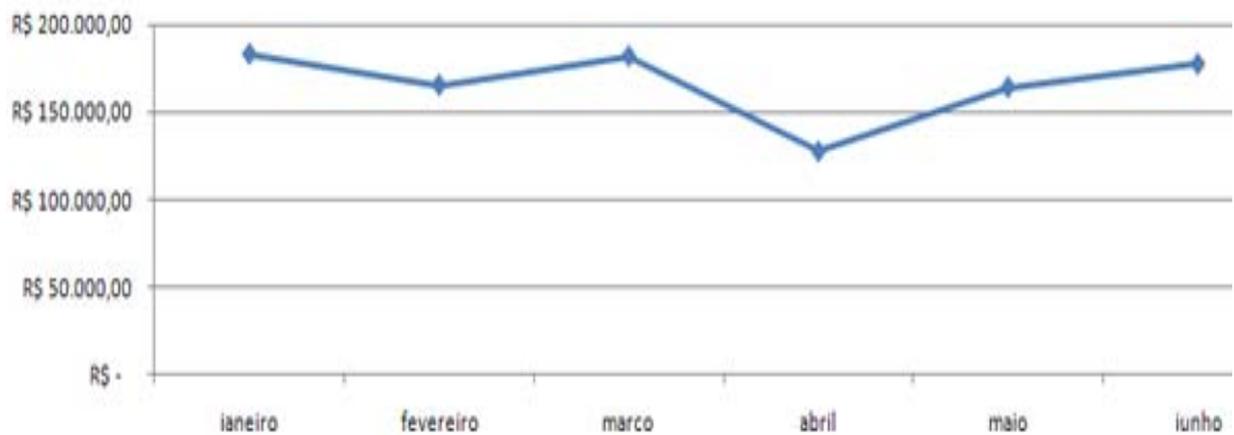
Na tabela 13, e gráfico 07, verificamos os investimentos realizados pelo Município de Sinop no Programa de Saúde Bucal no ano de 2008. O mês com menor investimento foi o de fevereiro e com maior investimento o mês de maio de 2008. O mês de fevereiro representou 6,74% do total e o mês de maio 11,15% do total.

Tabela 14- Investimento municipal na Saúde Bucal em 2009

Mês	Valor R\$
Janeiro	R\$ 183.153,18
Fevereiro	R\$ 165.579,74
Março	R\$ 181.934,59
Abril	R\$ 127.645,08
Maio	R\$ 164.270,28
Junho	R\$ 177.426,03
Total	R\$ 1.000.008,90

Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Gráfico 08- Investimento municipal na Saúde Bucal em 2009



Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 14, e gráfico 08, verifica-se os valores investidos pelo município de Sinop em saúde bucal no ano de 2009. O mês com maior investimento foi janeiro com 18,31% do total, o mês com menos investimento foi o mês de abril representando 12,76% do total investido.

Não verificamos grandes oscilações nos valores entre os meses, porém se compararmos com o 1º semestre de 2008, verificamos um aumento nos investimentos de R\$ 83.800,00 em torno de 8% a mais de investimento, em especial no mês de março, devido a um trabalho de conscientização em saúde bucal realizado pela Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com a Secretaria Municipal de Educação nas escolas municipais de Sinop, através de educação e conscientização em Saúde Bucal.

Tabela 15- Investimento por elemento de despesa municipal no PSF em 2008

Elemento de despesa	Valor R\$	%
Gastos com Pessoal	R\$ 6.234.160,08	62,82%
Gastos com Manutenção	R\$ 3.459.452,73	34,86%
Gastos com Equipamentos	R\$ 230.233,23	2,32%
Total	R\$ 9.923.846,04	100%

Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 15, verifica-se os investimentos no Programa Saúde da Família no ano de 2008, onde os gastos com pessoal são os mais onerosos aos cofres públicos, correspondendo à 62,82% do investimento, ficando os gastos com manutenção em 2º lugar com 34,86% e gastos

com equipamentos com 2,32% do total, foram adquiridos estetoscópios, otoscópios e aparelhos de pressão para 10 Unidades de Saúde.

Tabela 16 – Investimento por elemento de despesa municipal no PSF em 2009

Elemento de despesa	Valor R\$	%
Gastos com Pessoal	R\$ 3.409.498,24	62,82%
Gastos com Manutenção	R\$ 1.228.229,62	24,85%
Gastos com Equipamentos	R\$ 302.857,91	6,13%
Total	R\$ 4.940.585,77	100%

Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 16, verifica-se os investimentos em Saúde da Família pelo município de Sinop no ano de 2009, verificamos que o investimento com pessoal é o que mais onera os cofres públicos, correspondendo a 69,02%, em 2º lugar estão os gastos com manutenção 24,85%, reforma do PSF e finalmente 6,13% gastos com equipamentos, foram compradas mesas, cadeiras para as salas de preparo de pacientes, ou seja, sala de pré consulta de paciente.

Verificamos que de 2008 para 2009, houve um acréscimo nos gastos com pessoal, diminuindo os gastos com manutenção.

Tabela 17 – Incentivos financeiros por esfera de governo no PSF de Sinop em 2008

Elemento de despesa	Valor R\$	%
Federal	R\$ 1.064.400,00	10,73%
Estadual	R\$ 633.600,00	6,38%
Municipal	R\$ 6.633.203,80	66,84%
PAB Fixo	R\$ 1.592.642,60	16,05%
Total	R\$ 9.923.846,04	100%

Fonte: Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 17, visualiza-se os investimentos conforme a esfera de governo, sendo que a União contribui com 26,78% do investimento, o Estado com 6,38%, ficando com 66,84% do investimento para o Município.

Tabela 18- Incentivos financeiros por esfera de governo no PSF em 2009

Esfera de Governo	Valor R\$	%
Federal	R\$ 614.400,00	12,44%
Estadual	R\$ 384.000,00	7,77%
Municipal	R\$ 3.002.825,29	60,78%
PAB Fixo	R\$ 939.360,48	19,01%
Total	R\$ 4.940.585,77	100%

Fonte: www.saude.mt.gov.br, www.saude.gov.br, Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Na Tabela 18, verifica-se os investimentos por esfera de governo, visualizamos que a União investiu em torno de 31,45%, o Estado 7,77% e, o Município 19,01%.

Quando comparamos 2008 com 2009, verificamos que o investimento do Município vem reduzindo em torno de 6%, enquanto que o do Estado aumentou assim como o da União.

Tabela 19 – Incentivo financeiro por esfera de governo na Saúde Bucal, Sinop em 2008

Esferas do Governo	Valor R\$	%
Federal	R\$ 102.900,00	5,74%
Estadual	R\$ 82.000,00	4,57%
Municipal	R\$ 1.609.247,30	89,69%
Total	R\$ 1.794.147,30	100%

Fonte: www.saude.mt.gov.br, www.saud.gov.br, Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 19, verifica-se os investimentos em Saúde Bucal conforme a esfera de governo, onde o Município está responsável por quase 90% dos custos em odontologia.

Devemos considerar que o Município possui apenas 5 equipes de saúde bucal.

Tabela 20 – Incentivos financeiros por esfera de governo no Programa da Saúde Bucal de Sinop em 2009

Esfera de Governo	Valor R\$	%
Federal	R\$ 67.200,00	6,71%
Estadual	R\$ 40.000,00	4,80%
Municipal	R\$ 892.808,90	88,49%
Total	R\$ 1000.008,90	100%

Fonte: www.saude.mt.gov.br, www.saud.gov.br, Prefeitura Municipal de Sinop, adaptado pela autora (2009)

Na tabela 20, e gráfico 15, visualiza-se os investimentos em Saúde Bucal em 2009, onde o Município arcou com quase 89% do total, comparado ao investimento feito pelas outras duas esferas governamentais.

Se compararmos 2008 com 2009 o percentual quase não variou, considerando que o número de equipes também não variou (5 ESB).

Quadro 04 – Projeção de Recursos conforme o número de Equipe de Saúde da Família

Cobertura atual na Saúde da Família 48%				Possibilidade de cobertura 100%				
ESF exist.	Inc.Fed/ano R\$	Inc.Est/ano R\$	Total R\$	ESF pos siv.	Inc.Fed/ano R\$	Inc. Est/ ano R\$	Total R\$	Diferença R\$
16	1.152.000,00	921.600,00	2.073.600,00	46	3.532.800,00	2.649.600,00	6.182.400,00	4.108.800,00

Fonte: dados da Pesquisa, 2009

No quadro 04 verificamos a situação atual do Município de Sinop em relação ao número de Equipes de Saúde da Família e incentivos recebidos do Estado e União. Atualmente são R\$ 2.073.600,00 recebidos ao ano com uma cobertura de aproximadamente 48% da população.

Quando calculamos a possibilidade de cobertura de 100% o valor passa para R\$ 4.108.800,00 com 46 Equipes de Saúde da Família.

Vale salientar que a partir do momento que o Município atingiu 70% da cobertura da população, o valor do incentivo por equipe Federal passa de R\$ 6.400,00 para R\$ 9.000,00 por equipe, o que elevaria ainda mais o incentivo, totalizando R\$ 4.968.000,00 ano, com diferença de R\$ 2.894.400,00, somente para o Programa de Saúde da Família deixaria de ganhar em torno de R\$ 4.000.000,00/ano.

Quadro 05 – Projeção de Recursos conforme o numero de Equipe de Saúde Bucal

Cobertura atual na Saúde Bucal 48%				Possibilidade de cobertura 100%				
ESB exist.	Inc.Fed/ano R\$	Inc.Est/ano R\$	Total R\$	ESB possiv.	Inc.Fed/ano R\$	Inc. Est/ ano R\$	Total R\$	Diferença R\$
05	134.400,00	96.000,00	230.400,00	46	1.236.480,00	883.200,00	2.119.680,00	4.108.800,00

Fonte: dados da Pesquisa, 2009

Na quadro 05 verificamos a situação atual de Sinop em relação a Saúde Bucal, onde com 05 equipes, o Município recebe R\$ 230.400,00 ano, com a implantação de 46 Equipe de Saúde Bucal o valor passaria a R\$ 2.119.680,00.

Da mesma forma que a Saúde da Família com o aumento da cobertura para acima de 70%, o valor elevaria-se mais ainda, passando de R\$ 1.899.280,00 para em torno de R\$ 2.671.680,00 diferença de quase R\$ 780.000,00.

Para o Programa de Saúde Bucal Sinop deixa de ganhar em torno de R\$ 2.400.000,00 ao ano.

São R\$ 6.400.000,00 somente nestes dois programas avaliados, o que nos remete a acreditar na falta de visão técnica e de planejamento do setor.

4.8.1 Estimativa financeira para ampliação das ESF no município de Sinop

O município de Sinop para que consiga 100% de cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família, necessita construir em torno de 30 PSF (estrutura física), mobiliar as unidades e contratar o mesmo número de profissionais da equipe mínima para trabalhar nestes locais, abaixo demonstramos o valor médio de investimento municipal para construção das unidades, mobiliário para as mesmas, assim como equipe para desenvolver as atividades como Saúde da Família.

Quadro 06 – Orçamento médio para Estrutura Física

Número de unidades a serem construídas	Valor médio por unidade com aprox. 197 m²	Total
30	R\$ 204.000,00	6.120.000,00

Fonte: Secretaria Municipal de Obras de Sinop, setor de projetos (2009)

Quadro 07 – Equipamentos a serem disponibilizados por Unidade de Saúde da Família

Kits para materiais e equipamentos conforme Portaria 058/2009	Valor médio por kit	Total
30	45.000,00	1.350.000,00

Fonte: SMS de Sinop

Quadro 08 – Folha de pagamento para as novas equipes a serem implantadas

Equipe mínima	Salário médio por profissional	Total por 30 ESF
Médico	12.184,00	365.520,00
Enfermeiro	2.765,00	82.950,00
Técnicos de Enfermagem	1.052,00 X 2 por equipe	63.120,00
Agente Comunitário de Saúde	581,00 X 6 por equipe	104.580,00
Zeladora	566,00	16.980,00
Cirurgião Dentista	3.431,00	102.930,00
Auxiliar de Saúde Bucal	610,00	18.300,00
Técnico em Higiene Dental	1.052,00	31.560,00
Recepção	750,00	22.500,00
Total		808.440,00

Fonte: SMS de Sinop

Quadro 9 – Valor médio total a ser investido para implantação das 30 ESF no município de Sinop

Elemento de Despesa	Valor em R\$
Estrutura Física	6.120.000,00
Equipamentos	1.350.000,00
Folha de pagamento mensal	808.440,00
Total	8.278.440,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2009

Vale salientar que o investimento em estrutura física e equipamentos ocorrerá uma única vez, ficando somente as despesas com folha de pagamento e materiais de consumo como despesas mensais.

4.9 Políticas Públicas para o Fortalecimento da Rede Pública de Saúde no que Tange o Programa de Saúde da Família e Saúde Bucal

Baseados nos levantamentos apresentados nos gráficos e tabelas acima, realizado no município de Sinop no período de 2008 e primeiro semestre de 2009, sugerimos:

- ◆ Avaliação e acompanhamento mensal dos custos investidos em saúde conforme os elementos de despesa, realizado preferencialmente por profissional da área de economia, administração ou ciências contábeis;

- ◆ Ampliação do número de equipes de saúde da família e de saúde bucal conforme a preconização da legislação (46 equipes) para cobertura de 100% da população;

- ◆ Políticas públicas de descentralização dos recursos financeiros da saúde, onde o ordenador de despesas fosse o gestor em saúde do município e não centralizado na prefeitura com ordenação de despesas a cargo do secretário municipal de finanças ou de administração do município;

- ◆ Avaliação e acompanhamento mensal dos indicadores de saúde da população, buscando onde intervir;

- ◆ Qualificação das equipes para melhorar, ainda mais, o atendimento a população;

- ◆ Que haja conscientização dos gestores e equipes quanto a importância de se investir em Atenção Básica (saúde preventiva), pois o custo é bem inferior a saúde curativa (média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial).

- ◆ Que o Município busque angariar recursos financeiros junto a SES, MS e Emendas Parlamentares para potencializar a saúde preventiva.

- ◆ Que o gestor Municipal se sensibilize quanto a importância do setor saúde e destine maiores investimentos, preferencialmente nos PSFs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, as hipóteses foram comprovadas, pois ficou evidente a falta de acompanhamento da aplicação dos repasses estaduais e federais, assim como ficou evidente que a prestação de contas não se mostrou eficiente, pois não apresentou com clareza onde os recursos foram utilizados.

Os objetivos estabelecidos para o presente trabalho também foram alcançados, pois apresentamos uma revisão teórica e conceitual sobre saúde pública e o sistema de financiamento do programa saúde da família e saúde bucal, enfatizando o benefício do mesmo, realizamos a descrição dos critérios para distribuição dos referidos recursos financeiros, que fazem parte do bloco de Atenção Básica. Foi realizado um levantamento e análise de dados dos financiamentos de saúde, através de planilha de prestação de contas fornecida pela Prefeitura Municipal de Sinop. Baseados nas avaliações das referidas planilhas, propomos e sugerimos melhorias no que tange a avaliação e acompanhamento de tais recursos, visando melhorar a assistência em saúde da população.

Os resultados mostram que apenas 48% da população de Sinop possui cobertura pela Estratégia Saúde da Família, carecendo de investimentos para ampliação desta cobertura.

Sinop possui uma série de deficiências relacionados ao setor saúde, neste trabalho elencamos algumas relacionadas a Atenção Básica, principalmente no que se refere aos recursos financeiros aplicados, onde não existe, ou não nos foi apresentado um controle dos gastos em saúde, fato que segundo COSEMS não difere dos demais municípios brasileiros, onde haja um controle efetivo dos elementos de despesa, com listagens de controle no que foi investido, não ficando claro no que efetivamente é investido os recursos oriundos das esferas federal e estadual para os programas estudados. O setor de contabilidade municipal disponibiliza de planilhas não muito claras dos recursos percebidos e gastos, nos diferentes setores da saúde, fato que dificulta a análise e avaliação do local real de aplicação, seja na atenção básica ou em outros setores da saúde.

Outro fator que dificulta a avaliação é o fato de que o município presta contas efetivamente dos recursos financeiros ao Tribunal de Contas da União e não ao Ministério da

Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, o que estas esferas controlam são apenas as metas alcançadas, baseadas nos indicadores pactuados entre as três esferas (União, Estado e Município).

Falta efetivamente ao município de Sinop com relação aos recursos financeiros, o monitoramento, avaliação, regulação e controle dos referidos investimentos, fato que melhoraria, em nossa concepção, a gestão por resultados, proporcionando equidade na distribuição de tais recursos.

O objetivo principal do Programa Saúde da Família é melhorar o acesso a saúde da população, com ações baseadas na realidade local, considerando o usuário em sua singularidade, complexidade, integridade, inserção sócio-cultural, com análise das características particulares de cada população, considerando aspectos ambientais, socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde, orientando a organização do serviço.

Estudos indicam que quanto maior for o investimento em atenção básica (saúde da família e saúde bucal) menores serão os gastos com atendimentos especializados, ou seja, quanto maior a cobertura populacional pelos programas de saúde da família e saúde bucal menores serão os investimentos em saúde curativa.

Sugerimos novos estudos que sejam complementares a este e que analisem sob todos os aspectos, os recursos recebidos das esferas federal e estadual, da contrapartida municipal, dos investimentos em pessoal, material de consumo e permanente, onde sejam apresentados separadamente aqueles destinados a atenção básica para o programa de saúde da família e saúde bucal, dos demais programas. Da mesma forma que se realize um comparativo entre o investimento em atenção básica e atenção de média e alta complexidade, avaliando o custo benefício de cada um. Complementarmente que se realizasse uma pesquisa com a população onde existe a Unidade de Saúde da Família e onde não existe, visando verificar a satisfação dos usuários e a eficácia do programa, assim como onde não há o programa se a população gostaria que em seu bairro ele fosse implantado.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALVES, V. S. **Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa de Saúde da Família: Pela Integralidade da Atenção e Reorientação do Modelo Assistência.** Interface Comunicação Saúde Educação. São Paulo, v. 9, n. 16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação.** 4^o edição. São Paulo: Atlas, 1999.

BORTOLLOTO, I. M. **Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso, 1995 a 1998.** Editora SES/MT, 2000.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988.** Brasília, 2006.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família.** Brasília, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização de serviços de saúde.** Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Brasil: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS.** Brasília: CONASS, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Brasília: CONASS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 648/2006.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. **Avaliação do processo de Implantação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso**. Relatório Final. Cuiabá, 2004.

_____. **Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos de médicos e enfermeiros**. Caderno de Saúde Pública, RJ. Setembro de 2006.

CONASEMS, disponível em <http://www.conasems.org.br>.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (1998).

FERREIRA, J. C. V. **Mato Grosso e seus Municípios**. Cuiabá: Secretaria de Estado da Educação, 2001.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças Públicas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Brasília. Disponível em <HTTP://www.ibge.gov.br>.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso. Coordenadoria de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde. **Capacitação em saúde da família: curso introdutório em saúde da família: guia do aluno**. 2 ed. Cuiabá: SES-MT, 2007.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2000 a 2003**. Cuiabá: SES, 2000.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria GM 058/2009.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde Pública em Mato Grosso**. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel dos Indicadores do SUS**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento Avaliação da Gestão. Ano I, Número I, Agosto de 2006.

MÜLLER NETO, J. S. (org.). **Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá: SES, 2002.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Prática do enfermeiro no Programa Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 2005.

OLIVEIRA, A. M. **Guia para Planejamento, Elaboração e Apresentação de Monografias e Pesquisas Científicas nas Ciências Sociais Aplicadas (Versão Preliminar)**. Sinop/MT, 2008.

PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L. **Microeconomia**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

REVISTA RET SUS, Disponível em www.retsus.epsjv.fiocruz.br.php/revista.

SENADO FEDERAL. Lei 8080/90.

SINOP, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Sinop/2006**.

VARIAN, H. R. **Microeconomia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elseiver, 2003.

VIANA, A. L. D'A.; POZ, M. R. D. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família**. Revista saúde coletiva, Rio de Janeiro, 15(suplemento), p. 225-264, 2005.

www.howtodothing.com, acessado em 20/03/2009.

www.saude.gov.br, acessado em 10/03/2009.

www.saude.mt.gov.br, acessado em 10/03/2009.

ANEXOS

ANEXO A

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104, nº 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, de 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29, nº 1.013/GM, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33, nº 267/GM, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67, nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39, nº 396/GM, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21, nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 674/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 675/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45, nº

2.081/GM, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46, nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55, nº 1.432/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35, nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2004, Seção 1, página 36, nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.025/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45, nº 619/GM, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56, nº 873/GM, de 8 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 110, de 10 de junho de 2005, Seção 1, página 74 e nº 82/SAS, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.

SARAIVA FELIPE

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CAPÍTULO I

Da Atenção Básica

1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior 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 e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - 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;

II - 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;

III - 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;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá

regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

2.1 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII - verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;

II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

III - estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;

IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;

VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;

VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;

XII - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;

XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde; e

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;

XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;

XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;

XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;

XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;

XX - articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e

XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável;

III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;

IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;

V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;

VI - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII - assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;

XIV - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II – UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

4 - DO CADASTRAMENTO DAS UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIBs.

Os serviços de atenção básica deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs.

CAPÍTULO II

Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

1 - PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua,

buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;

III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;

VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;

VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;

IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;

X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e

XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

2.3. Compete ao Distrito Federal:

I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;

II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e

IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;

V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; e

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas sema-

nais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

III - existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:

- a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e
- b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica. São itens necessários à organização da implantação dessa estratégia:

- I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;
- II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;
- III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;
- IV - definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e
- V - o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002.

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

- I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à adequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo I.

5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe.

Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela

CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

- a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;
- b) infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;
- c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;
- d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;
- e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;
- f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;
- g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;
- h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV - Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI -O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

CAPÍTULO III

Do Financiamento Da Atenção Básica

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite.

O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada “FMS – nome do município – PAB” de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e externo.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;

II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;

III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e

IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável

Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena – SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os municípios passarão a

fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/ 400.

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs.

A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as 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 critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas

poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

- a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- c) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%;

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, por parte dos municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a equipes de Saúde da Família, a equipes de Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Política, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem ou o agente comunitário de saúde que não gerou crédito de incentivo;

II - imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:

- a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;
- b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;
- c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
- e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; e
- g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

II - Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da

Saúde ou da Secretaria Estadual de saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS e/ou;

II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional por e/ou;

III - ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, e/ou;

IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

Na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e para Equipes de Saúde Bucal, visando à melhoria da infraestrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das equipes.

Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do estado ou do município.

Em caso de redução do número de Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O Ministério da Saúde disponibilizará, a cada ano, recursos destinados à estruturação da rede básica de serviços de acordo com sua disponibilidade orçamentária. A CIT pactuará os critérios para a seleção dos municípios e/ou do Distrito Federal.

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

I - Que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e

II - Que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAUDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso.

Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

ANEXO I

AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na

USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

ANEXO II
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Quadros Para Projetos de Implantação – ACS/SF/SB

Caracterização Geral

Nome ou nº da SF/SB.	Área geográfica de atuação (Nome do município / Bairro / Comunidade)	População estimada

Infra-Estrutura

Nome ou nº da ESF		Material Permanente			
		Existentes	Qtde.	A adquirir	Qtde.

Forma de contratação de recursos humanos

Profissional	Forma de recrutamento	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar de enfermagem				
Agente comunitário de saúde				
Dentista				
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)				
Técnico em Higiene Dental (THD)				
Outros profissionais (especificar)				

Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas

Nome ou nº da ESF	Área estratégica de atuação	Ações propostas para a ESF	Quantitativo de ações programadas por ano, por ESF
	Saúde da Criança		
	Saúde da Mulher		
	Controle do Diabetes		
	Controle da Hipertensão		
	Eliminação da Hanseníase		
	Controle da Tuberculose		
	Saúde Bucal		
	Eliminação da desnutrição infantil		
	Promoção da saúde		
	Saúde do Idoso	-	-

Avaliação e acompanhamento das ações

Instrumento de Avaliação	Forma de acompanhamento proposta
SIAB	
Pacto de Atenção Básica	
Pacto de Gestão	
Outros (especificar)	

Quadro resumo de financiamento das áreas de implantação

Despesas	Despesas com pessoal	Despesas com material/manutenção	Estruturação	TOTAL
Atual				
Proposta com SF/SB				

Receitas	Recursos municipais	Recursos estaduais	Incentivo Ministério da Saúde	TOTAL
Atual			PAB Fixo	
Proposta com SF/SB				

Definição das Referências na Média Complexidade

Ações de Referência	Nome e local da Unidade de Referência	Forma de Encaminhamento
Atendimentos especializados		
Atendimentos de urgência		
Exames de laboratório		
Radiodiagnóstico		
Ultra-sonografia		
Reabilitação		
Internação nas Clínicas Básicas		

ANEXO III

DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS – ANO _____

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

CÓDIGO IBGE: _____ COMPETÊNCIA: _____

TIPO DE INCENTIVO: CUSTEIO () ADICIONAL ()

ESF () ACS () ESB Mod I () ESB Mod II ()

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: _____

MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO SIAB: _____

NOME DOS PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL / IDENTIDADE

NOME DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Identificar, inicialmente, se o incentivo é de custeio (aquele transferido mensalmente) ou é o adicional. Em seguida, marcar se é relativo a equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal, modalidade I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior

IDENTIDADE/ REGISTRO PROFISSIONAL: Informar, para o médico, enfermeiro e dentista, o registro profissional; e para os demais, digitar o número do documento de identidade,

DATA: _____

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO: _____

ANEXO B

Portaria EC 29

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, de 13 Setembro de 2000

Publicado no DOU 14.09.00

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com seguinte redação:

"Art. 34....."

"VII"

"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 35"

"III não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 156"

"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:" (NR)

"I ser progressivo em razão do valor do imóvel; e" (AC)

"II ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel." (AC)

"....."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 160"

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:" (NR)

"I ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;" (AC)

"II ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III." (AC)

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 167"

"IV – a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, prevista no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;" (NR)

""

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art. 198"

"§ 1º (parágrafo único original)"

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)

"I no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 169, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 3º Lei Complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77 Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I no caso da União:" (AC)

"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;" (AC) "b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto PIB;" (AC)

"II no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas dos respectivos Municípios; e" (AC) "III no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC)

"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei." (AC)

"§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal." (AC)

"§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo." (AC)

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000.

ANEXO C

PORTARIA Nº 058/2009/GBSES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e
CONSIDERANDO a Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção

Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para a estratégia Saúde da Família (SF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

CONSIDERANDO o Decreto nº 1.455, de 17 de julho de 2008, que dispõe sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Portaria nº 106/SES/GS/2003, de 18 de junho de 2003, que regulamenta os incentivos ao Programa de Apoio à Saúde Familiar e Comunitária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Mato Grosso;

CONSIDERANDO a Portaria nº 129/2008/GBSES, de 09 de setembro de 2008, que regulamenta os incentivos ao Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais em Mato Grosso (PASCAR);

CONSIDERANDO a Portaria nº 005, de 12 de janeiro de 2005, que estabelece Incentivo Financeiro Estadual às ações da Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família.

R E S O L V E:

Art. 1º Definir critérios para suspensão dos incentivos financeiros estaduais à estratégia Saúde da Família

(SF), às equipes de Saúde Bucal (SB) e ao Programa de Apoio à Saúde Comunitária de Assentados Rurais

(PASCAR), mediante constatação das seguintes irregularidades:

a) equipe não localizada por não estar em funcionamento;

- b) ausência de profissional médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal ou ausência de 50% ou mais dos Agentes Comunitários de Saúde da equipe, num período superior a 45 (quarenta e cinco) dias;
- c) descumprimento da carga horária de 40 (quarenta) horas semanais por qualquer profissional;
- d) descaracterização da proposta da estratégia SF pela equipe, mantendo o modelo tradicional de atuação em desacordo com as portarias, normas e diretrizes que a regulamentam;
- e) caracterização de rodízio de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal) entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e/ou entre as Equipes de Saúde Bucal (ESB) de um mesmo município, mantendo sempre uma ou mais de suas equipes incompletas;
- f) estrutura física em desacordo com normas da Vigilância Sanitária (RDC-50) e Política Nacional de Atenção Básica, conforme anexo II desta Portaria;
- g) inexistência ou insuficiência de equipamentos que comprometam a resolubilidade das equipes de SF e/ou equipes de SB, conforme anexos III e IV desta Portaria, respectivamente;
- h) inexistência do Agente Comunitário de Saúde Rural informado (ACSR) do PASCAR e/ou enfermeiro instrutor responsável pelo referido Programa;
- i) inexistência de Unidade Básica de Saúde para a população não coberta pela estratégia SF;
- j) inexistência de veículo adequado para transporte da ESF rural e/ou ESB rural (ambulâncias e odontomóveis não serão considerados veículos adequados);
- k) não envio do Relatório de Monitoramento Mensal das ações de saúde bucal até o dia 10 do mês subsequente para o devido Escritório Regional de Saúde (ERS);

l) comprovação de inconsistência nas informações dos Sistemas de Informação em Saúde oficiais.

Art. 2º As irregularidades definidas no Artigo 1º deverão estar registradas nos relatórios técnicos de monitoramento das equipes, emitidos pelos ERS, Gerência da Estratégia Saúde da Família e/ou Gerência de Saúde Bucal, planilhas de informes mensais do PACS/SF/SB e relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 3º. Ao constatar as irregularidades referidas no Artigo 1º desta Portaria os Escritórios Regionais de Saúde (ERS) e/ou a Coordenadoria de Atenção Primária tomarão as seguintes condutas:

§ 1º Para as irregularidades apresentadas nos itens “a”, “b”, “c”, “d”, “e” e “h”, o município será notificado

quanto à suspensão da transferência fundo a fundo dos incentivos estaduais a ESF, ESB e/ou ACSR na competência subsequente;

§ 2º Para a irregularidade apresentada no item “k”, a suspensão do incentivo financeiro estadual acontecerá de forma automática, na competência subsequente;

§ 3º Para a irregularidade apresentada no item “l”, o município terá um prazo de até 30 (trinta) dias para a adequação;

§ 4º Para as irregularidades apresentadas nos itens “f”, “g”, “i” e “j”, o município terá um prazo de até 90 (noventa) dias para as adequações;

§ 5º Após o término dos prazos estabelecidos, não se comprovando a superação das irregularidades, as transferências dos incentivos estaduais a SF, SB e PASCAR serão suspensas automaticamente pelo ERS e/ou pela Coordenadoria de Atenção Primária;

§ 6º As transferências dos incentivos estaduais à SF, SB e PASCAR serão restabelecidas após comprovação das adequações realizadas, conforme anexo I desta Portaria.

§ 7º Fica definido que a suspensão dos incentivos referentes às irregularidades estabelecidas nos itens “f”, “g”, “i” e “j”, será efetuada a partir de Janeiro de 2010, respeitando-se os prazos estabelecidos nos parágrafos anteriores. Quanto às demais irregularidades permanecerão os prazos estabelecidos nos parágrafos anteriores, a partir da data de publicação desta Portaria.

Art. 4º Caso o município não efetue a correção da(s) irregularidade(s) referida(s) no artigo 1º, após o término do prazo estabelecido, além da suspensão dos incentivos estaduais, a situação será encaminhada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para apreciação quanto ao descredenciamento da(s) equipe(s) irregular(es) junto ao Ministério da Saúde.

Art. 5º Definir que, quando houver alimentação indevida no CNES, tais como: cadastro de profissionais e/ou equipes inexistentes e/ou equipe cadastrada sem parecer técnico favorável do ERS, a situação deverá ser encaminhada a CIB, para descredenciamento da Equipe irregular.

Art. 6º Estabelecer o seguinte fluxo para a suspensão dos incentivos, comprovação da readequação da situação detectada e restabelecimento dos incentivos estaduais:

1º) Levantamento da situação pelo ERS, Gerência da Estratégia Saúde da Família e/ou Gerência de Saúde

Bucal registrada em seus relatórios técnicos de monitoramento, planilhas de informes mensais sobre as equipes (enviadas pelos Escritórios), relatório de monitoramento mensal das ações de saúde bucal e relatório

do Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

2º) Notificar imediatamente o município quanto as irregularidades encontradas e possíveis penalidades,

através de relatório técnico e ofício encaminhado pelo ERS, Coordenadoria ou Gerências envolvidas;

3º) Quando a suspensão dos incentivos for aplicada pelos ERS, estes deverão registrá-la nos relatórios

técnicos e planilhas de informes mensais;

4º) Suspender os incentivos estaduais ao município que apresentar qualquer uma das irregularidades

definidas no Artigo 1º, observando os prazos definidos no Artigo 3º desta Portaria;

5º) Para a regularização do pagamento dos incentivos financeiros estaduais, o município deverá comprovar

aos ERS a reestruturação da(s) equipe(s) de Saúde da Família, Saúde Bucal e/ou Agente(s) Comunitário(s) de

Saúde Rural irregular(es), conforme previsto no anexo I desta portaria.

Art. 7º Esta portaria entra em vigor a partir desta data, tornando sem efeito todas as disposições em

contrário, ficando revogada a portaria nº 002/GAB/SES/2006, de 17 de janeiro de 2006.

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 06 de abril de 2009.

