



Financiamento

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

Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social.



Financiamento

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

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



Financiamento

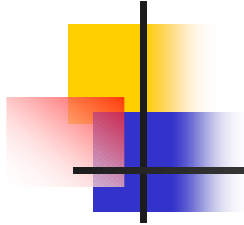
Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100-Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre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



Financiamento

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

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.



Da Gestão Financeira

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



Da Gestão Financeira

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



Da Gestão Financeira

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



A Emenda Constitucional nº 29

Altera a Constituição Federal buscando estabelecer critério vinculatório para o financiamento. Seus principais pontos são:

Art.1º – Prevê que a Saúde possa fixar, como para educação um mínimo de recursos das receitas;

Art.2º – Prevê intervenção da União sobre estados e destes sobre os municípios que não estiverem aplicando o mínimo exigido para as ações e serviços públicos de saúde;

Art.3º – Possibilita que municípios cobrem IPTU progressivo segundo valor do imóvel, DIF. Alíquotas por local e uso;



A Emenda Constitucional nº 29

Art.4º – Retenção de recursos diante de débitos de estados e municípios;

Art.6º – Modifica o 198 da CF identificando que a União terá “percentuais” calculados segundo Lei Complementar e estados e municípios percentuais de suas receitas próprias especificadas;



A Emenda Constitucional nº 29

§ 3º - Lei Complementar (reavaliada a cada cinco anos) estabelecerá: percentuais da UEM; critérios de rateio dos recursos entre União/estados/municípios e estados/municípios; normas de fiscalização, avaliação, controle; normas de cálculos do montante a ser aplicado pela União.

Art.7º – Acrescenta o Art.77 no ADCT que diz “Até o exercício financeiro de 2004 os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes no caso da União, no caso dos estados e DF, no caso de municípios...”



A Emenda Constitucional nº 29

EC-29 - União $2000 = 1999 + 5\%$

- 2001 a 2004 = Crescimento nominal do PIB - (inflação mais crescimento real do PIB)

Os aumentos definidos para a União

- $2000 = 5\%$ a mais que 1999
- 2001 = Crescimento segundo variação nominal do PIB (inflação + variação real) na prática PIB estimado 2001/2000



A Emenda Constitucional nº 29

EC-29 - Estados

Mínimo de 12% de seu orçamento

Quem não estiver lá terá até 2004 para atingir começando no mínimo de 7 % ou de onde estiver acima disto.

Mínimo: 7 – 8,25 – 9,50 – 10,75 – 12

Real: 6 anos (99-2004) 5 intervalos

Ex. 1999/5 $12-5=7/5 =1,4$ 2000: 7 – 7,8 – 9,2 – 10,6 – 12



A Emenda Constitucional nº 29

EC-29 - Municípios

- Mínimo de 15%
- Quem não estiver lá terá até 2004 para atingir começando no mínimo de 7 % ou de onde estiver acima disto. **Mínimo: 7 – 9 – 11 – 13 – 15**

Real: 6 anos (99-2004) 5 intervalos

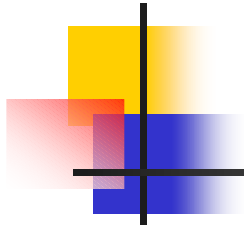
Ex. 1999/2,5 $15 - 2,5 = 12,5 / 5 = 2,5$ 2000: 7 – 7,5 – 10,0 – 12,5 – 15



Fração Assistencial Especializada (FAE)

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

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



Fundos de Saúde

Fundos de Saúde - Os Fundos de Saúde, instituídos no âmbito de cada Estado, Distrito Federal e Municípios, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64. Suas receitas são especificadas e vinculadas à realização de objetivos e serviços determinados, no caso, as ações e serviços públicos de saúde. A obrigatoriedade de aplicação dos recursos, por meio dos Fundos de Saúde, antecede a Emenda Constitucional.



Programação Pactuada e Integrada – PPI

Programação Pactuada e Integrada – PPI - O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão. (Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/2002)

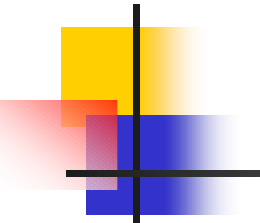
Portaria MS nº 483 de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada - PPI.



Atenção Básica

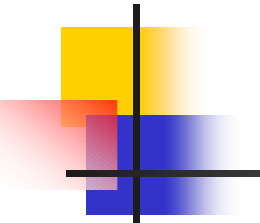
Atenção Básica - É o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertado por todos os municípios, com qualidade e suficiência para sua população. Contempla o conjunto de ações estratégicas mínimas, necessárias para a atenção adequada aos problemas de saúde mais freqüentes na maior parte do território brasileiro.

Piso de Atenção Básica - PAB



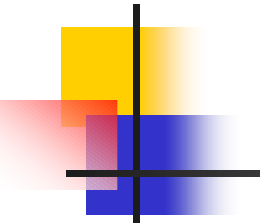
Implantado em 1997, consiste em um montante de recursos financeiros destinados, exclusivamente, ao financiamento das ações de atenção básica à saúde. Ampliado em 2001, pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, o Piso de Atenção Básica Ampliado – PAB-A financia um elenco maior de procedimentos integrados, destinados à cobertura das ações básicas, de prevenção de doenças, assistência ambulatorial, e das ações correlacionadas aos programas descentralizados pelo Ministério da Saúde.

Piso de Atenção Básica - PAB



O Piso de Atenção Básica é composto de uma parte fixa de recursos (PAB-Fixo) destinados à assistência básica, e de uma parte variável (PAB-Variável), relativa a incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção. Os recursos correspondentes à parte fixa são obtidos pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município e são transferidos direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais correspondentes.

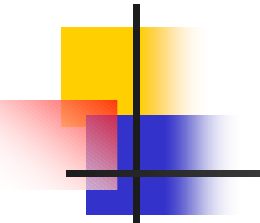
Atenção Básica - PAB



O **PAB-A Fixo**, prevê a remuneração *per capita* das ações estratégicas mínimas de atenção básica previstas no Anexo 1 da NOAS–SUS, em todo o território nacional. Contemplam, além das ações previstas na Norma Operacional Básica–NOB, responsabilidades e atividades de:

- controle da Tuberculose; eliminação da Hanseníase; controle da Hipertensão; controle do Diabetes Melitus; ações de saúde bucal; ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher.

Atenção Básica - PAB



O **PAB-Variável**, por sua vez, remunera direta e automaticamente, estados e municípios habilitados à execução de ações previstas em programas e incentivos do Ministério da Saúde, de acordo com regulamentação específica. Contemplam:

- Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Assistência Farmacêutica Básica; Programa de Agentes Comunitários de Saúde–PACS e Programa de Saúde da Família–PSF.



ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA

AS ÁREAS DE ATUAÇÃO ESTRATÉGICAS MÍNIMAS PARA A HABILITAÇÃO NA CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA SÃO:

controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão arterial; controle da diabetes mellitus; saúde da criança; saúde da mulher; saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no Anexo 1 da NOAS/SUS.



ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA

A Portaria GM/MS 723 de 10 de maio de 2001 aprova a relação dos indicadores a serem pactuados no ano 2001 pelos estados e municípios. Os estados e municípios deverão remeter para o MS o Termo de Compromisso do Estado, conforme modelos apresentados nos anexos VIII e IV da referida portaria, que servirá de base para o processo de avaliação da Atenção Básica.



Financiamento

Portaria nº 531/GM

30 de abril de 1999

.....

Art. 7º - Criar o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas.



Financiamento

Portaria GM/MS N.º 627, de 26 de abril de 2001.

Art. 1º Estabelecer que o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação passa a ser constituído da seguinte subdivisão:

Considerando a Portaria GM/MS nº 531, de 30 de abril de 1999, que criou no âmbito do Sistema Único de Saúde o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC;

....., resolve:



Financiamento

Art. 1º Estabelecer que o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação passa a ser constituído da seguinte subdivisão:

- Ações de Alta Complexidade;
- Ações Estratégicas.



Financiamento

Art. 2º Aprovar os Procedimentos de Alta Complexidade do SIA/SUS e Procedimentos de Alta Complexidade do SIH/SUS, constantes, respectivamente, dos anexos I e II desta Portaria, como integrantes dos Sistemas de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Sistema Único de Saúde.



Financiamento

Art. 3º Estabelecer que a produção referente aos procedimentos de que trata o Artigo 2º será financiada com recursos do FAEC, devendo obedecer ao fluxo de apresentação definido no cronograma de transmissão dos arquivos e relatórios dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares, constante da Portaria SAS/MS Nº 22, de 22 de janeiro de 2001.



Financiamento

§ 2º Para que os gestores dos estados, Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena de Sistema realizem, aos prestadores de serviços, os pagamentos objeto deste Artigo, o Ministério da Saúde fará o repasse para conta específica, vinculada ao respectivo Fundo de Saúde, sendo vedada a movimentação desta para outros fins.

(VERBA CARIMBADA)



Financiamento

§ 4º Os gestores estaduais/municipais farão o pagamento aos prestadores, observando o prazo estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.478, de 20 de agosto de 1998.

§ 5º O não cumprimento dos prazos estabelecidos no § 4º é motivo para a instauração de auditoria com vistas à desabilitação do município e/ou estado.



Financiamento

Prazo da Portaria 3478/98

05 dias úteis contados da data da disponibilização do processamento do BBS.



Financiamento

Art. 5º Estabelecer que os procedimentos de que trata o Artigo 4º desta Portaria serão financiados pelo Ministério da Saúde, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

§ 1º Os valores referentes ao financiamento destes procedimentos, apurados por meio do processamento realizado pelo Departamento de Informática do SUS/DATASUS, serão transferidos aos municípios e estados em Gestão Plena de Sistema e, no caso dos estados não habilitados, acrescidos aos respectivos limites financeiros.

(EXTRA-TETO)



Financiamento

ANEXO I

ALTA COMPLEXIDADE - SIA-SUS

ORTODONTIA, PATOLOGIA CLÍNICA ESPECIALIZADA

RADIODIAGNÓSTICO, TERAPIA RENAL

SUBSTITUTIVA, RADIOTERAPIA, QUIMIOTERAPIA, RE

SSONÂNCIA MAGNÉTICA, MEDICINA

NUCLEAR, RADIOLOGIA

INTERVENCIONISTA, TOMOGRAFIA

COMPUTADORIZADA, HEMOTERAPIA



Financiamento

ANEXO II

ALTA COMPLEXIDADE SIH-SUS

CARDIOVASCULAR, LESÕES
LÁBIOPALATAIS/DEFORMAÇÕES CRANIO
FACIAIS, DOENÇAS DO
SONO, GASTROENTEROLOGIA, ONCOLOGIA, CIRURGIA
ONCOLÓGICA, RADIOTERAPIA
CIRÚRGICA, IODOTERAPIA, NEUROCIRURGIA, TRATA-
MENTO DA AIDS



Financiamento

ANEXO III

ESTRATÉGICOS SIA-SUS

CAMPANHA COMBATE AO CÂNCER DO COLO UTERINO, CAMPANHA – OFTALMOLOGIA, CAMPANHA – VARIZES, CAMPANHA – PRÓSTATA, MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO, HUMANIZAÇÃO DO PARTO, VISTORIA, MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS, TRANSPLANTES, QUEIMADOS



Financiamento

ANEXO IV ESTRATÉGICOS SIH-SUS

CAMPANHA – VARIZES

CAMPANHA – PRÓSTATA

QUEIMADOS



Financiamento

CONTROLE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



CONTROLE

O CONTROLE CONSTITUI PODER-DEVER DOS ÓRGÃOS A QUE A LEI ATRIBUI ESSA FUNÇÃO, PRECISAMENTE PELA SUA FINALIDADE CORRETIVA; ELE NÃO PODER SER RENUNCIADO NEM RETARDADO, SOB PENA DE RESPONSABILIDADE DE QUEM SE OMITIU.



CONTROLE

**QUANTO AO ÓRGÃO QUE O EXERCE, O
CONTROLE PODE SER:**

**ADMINISTRATIVO
LEGISLATIVO
JUDICIAL.**



CONTROLE

CONTROLE ADMINISTRATIVO É O PODER DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE QUE A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EXERCE SOBRE A PRÓPRIA ATUAÇÃO, SOB OS ASPECTOS DE LEGALIDADE E MERITO, POR INICIATIVA PRÓPRIA OU MEDIANTE PROVOCAÇÃO.



CONTROLE

- A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DISCIPLINA NOS ARTIGOS 70 A 75, A FISCALIZAÇÃO CONTÁBIL, FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA.**
- COM RELAÇÃO AOS MUNICÍPIOS, O ART. 31 DA CF PREVÊ O CONTROLE EXTERNO DA CÂMARA MUNICIPAL COM O AUXÍLIO DOS TRIBUNAIS DE CONTAS.**



CONTROLE

O CONTROLE JUDICIAL CONSTITUI, JUNTAMENTE COM O PRINCÍPIO DA LEGALIDADE, UM DOS FUNDAMENTOS EM QUE REPOUSA O ESTADO DE DIREITO. DE NADA ADIANTARIA SUJEITAR-SE A ADM. PÚBLICA À LEI SE SEUS ATOS NÃO PUDESSEM SER CONTROLADOS POR UM ÓRGÃO DOTADO DE GARANTIAS DE IMPARCIALIDADE QUE PERMITAM APRECIAR E INVALIDAR ATOS ILÍCITOS.



CONTROLE

O CONTROLE DA ADM. PODE SER AINDA EXTERNO OU INTERNO.

SERÁ EXTERNO O EXERCIDO POR UM DOS PODERES SOBRE O OUTRO.

SERÁ INTERNO QUANDO REALIZADO POR ÓRGÃO INTEGRANTE DA PRÓPRIA ESTRUTURA. O CONTROLE INTERNO NORMALMENTE É REALIZADO PELO SISTEMA DE AUDITORIA.



AUDITORIA

- **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO COM BASE NA OBSERVAÇÃO DIRETA, REGISTRO E HISTÓRIA CLÍNICA DO CLIENTE”**

(Laembeck)



AUDITORIA

- AUDITORIA OPERACIONAL: CONCENTRA-SE NAS CONDIÇÕES DA REDE FÍSICA, NOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO E NO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

AUDITORIA ANALÍTICA:

É VOLTADA PARA A AVALIAÇÃO QUANTITATIVA, INFERINDO EM ALGUMAS SITUAÇÕES A QUALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE.



SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA

- **CRIADO PELA LEI 8689/93**
- **REGULAMENTADO PELO DECRETO 1651/95**
- **PROCESSO INTENSO DE DISCUSSÃO PARA PRESERVAR OS PRECEITOS DAS LEIS 8080 E 8142.**



COMPETÊNCIA MUNICIPAL EM AUDITORIA

- **AS AÇÕES E SERVIÇOS ESTABELECIDOS NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE;**
- **OS SERVIÇOS DE SAÚDE SOB SUA GESTÃO (PÚBLICOS E PRIVADOS);**
- **AS AÇÕES E SERVIÇOS DESENVOLVIDOS POR CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL AO QUAL O MUNICÍPIO ESTEJA ASSOCIADO.**



SISTEMA MUNICIPAL DE AUDITORIA

- **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL;**
- **FIGURA DO AUDITOR DE SAÚDE**



CONTROLE PRÉ-FATO

- **ALVARÁ (PÚBLICO-PRIVADO)**
- **INSPEÇÕES PERIÓDICAS DA VIG.SAN.**
- **CONDIÇÕES DE CONTRATO-CONVÊNIO**
- **CONDIÇÕES DE ACESSO:CENTRAL
VAGAS**

CONTROLE PER-FATO



- ACOMPANHAMENTO DA INTERNAÇÃO (MANHÃ – TARDE - NOITE: SEMPRE) - AUDITOR ESIDENTE
- VERIFICAÇÃO EXECUÇÃO AUTORIZADA
- VERIFICAÇÃO DE CONDIÇÕES DE ALTA: DIAG., TTO., GRAU DE SATISFAÇÃO

CONTROLE PÓS-FATO



- RECEBIMENTO CONFERÊNCIA DE CONTAS
- ENCAMINHAMENTO PARA PAGAMENTO
- CONTROLE DE CONTAS PAGAS
- ANÁLISE CRÍTICA DE DADOS:
- BANCO DE DADOS LOCAL
- REMESSA DE DADOS ANALISADOS PARA NÍVEIS SUPERIORES



CONTROLE SOCIAL

INFORMAÇÃO:

“ TODOS TÊM DIREITO DE RECEBER DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS INFORMAÇÕES DE SEU INTERESSE PARTICULAR OU DE INTERESSE COLETIVO OU GERAL, QUE SERÃO PRESTADOS NO PRAZO DA LEI, SOB PENA DE RESPONSABILIDADE”

CF ART.5º - XXXIII



PRESTAÇÃO DE CONTAS

É O ATO PELO QUAL O AGENTE RESPONSÁVEL, QUER PELOS NEGÓCIOS DA ENTIDADE, QUER POR BENS OU VALORES PÚBLICOS, EM FACE DE DISPOSITIVO LEGAL, TOMA A INICIATIVA DE RELATAR OS FATOS OCORRIDOS EM RELAÇÃO À SUA GESTÃO, AO ÓRGÃO OU À PESSOA QUE DE DIREITO É COMPETENTE PARA APRECIÁ-LAS.



CONTROLE SOCIAL

CONTROLE DAS CONTAS:

“AS CONTAS DOS MUNICÍPIOS FICARÃO DURANTE SESSENTA DIAS, ANUALMENTE, À DISPOSIÇÃO DE QUALQUER CONTRIBUINTE, PARA EXAME E APRECIACÃO, O QUAL PODERÁ QUESTIONAR-LHE A LEGITIMIDADE, NOS TERMOS DA LEI” – CF ART.31 - § 3º



PRESTAÇÃO DE CONTAS

DUAS IMPORTANTES FORMAS DE
PRESTAÇÃO DE CONTAS:

- LEI 8666/93 - ART. 16 - PUBLICAÇÃO DE
TODAS AS LICITAÇÕES REALIZADAS.

- LEI 8689/93 - ART. 12 - PRESTAÇÃO DE
CONTAS À POPULAÇÃO EM AUDIÊNCIA
PÚBLICA.



PRESTAÇÃO DE CONTAS

“SERÁ DADA PUBLICIDADE, MENSALMENTE, EM ÓRGÃO DE DIVULGAÇÃO OFICIAL OU EM QUADRO DE AVISOS DE AMPLO ACESSO PÚBLICO, À RELAÇÃO DE TODAS AS COMPRAS FEITAS PELA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA, DE MANEIRA A CLARIFICAR A IDENTIFICAÇÃO DO BEM COMPRADO, SEU PREÇO UNITÁRIO, A QUANTIDADE ADQUIRIDA, O NOME DO VENDEDOR E O VALOR TOTAL DA OPERAÇÃO, PODENDO SER AGLUTINADAS POR ITENS AS COMPRAS FEITAS COM DISPENSA E INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO.”ART.16 LEI

8666 - 21-6-93



CONTROLE SOCIAL

“ O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, EM CADA ESFERA DE GOVERNO, APRESENTARÁ, TRIMESTRALMENTE, AO CONSELHO DE SAÚDE E EM AUDIÊNCIA PÚBLICA NAS CÂMARAS DE VEREADORES E ASSEMBLÉIAS LEGISLATIVAS RESPECTIVAS, PARA ANÁLISE E AMPLA DIVULGAÇÃO, RELATÓRIO DETALHADO CONTENDO, DENTRE OUTROS, DADOS SOBRE O MONTANTE E FONTE DE RECURSOS APLICADOS, AUDITORIAS, SERVIÇOS PRODUZIDOS NO PRÓPRIO E CONTRATADO”
LEI 8689 27-7-93 ART.12



NÚCLEO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE

O OBJETIVO É EDUCAR PARA EVITAR E
PREVENIR O ERRO E NÃO FICAR ATRÁS DA
PORTA PARA FRAGAR OS ERROS

-



AVALIAÇÃO

A VERIFICAÇÃO DA REALIDADE EM RELAÇÃO A
UM ÓTIMO DESEJADO.

A AVALIAÇÃO PODE MOSTRAR SE PARTE OU O
TODO ESTÃO ATINGINDO SEUS OBJETIVOS,
CONQUISTANDO RESULTADOS E IMPACTANDO A
REALIDADE.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS, DO PROCESSO E
DO IMPACTO.



CONCEITOS

REGULAÇÃO – NORMALIZA/DIRECIONA

CONTROLE – MONITORA/CONTRATA

AVALIAÇÃO – MENSURA/REORIENTA

OUVIDORIA – REGISTRA/APURA

AUDITORIA – EXAMINA/VALIDA



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Programa de Saúde da Família - O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como começou

A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas).



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como funciona

Atribuições dos membros das equipes:

- Médico: atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

Enfermeiro: supervisiona o trabalho do acs e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- Auxiliar de enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.
- Agente Comunitário de Saúde: faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Cada equipe é capacitada para:

- a) conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- b) identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;

- b) prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- c) desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como Implantar

A implantação do Programa Saúde da Família depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. O Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, está empenhado em dar todo o apoio necessário à elaboração do projeto e à sua implantação, que começa com as seguintes etapas:



PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- a) identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa; mapear o número de habitantes em cada área;
- b) calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários;
- c) adequar espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa;
- d) solicitar formalmente à Secretaria Estadual de Saúde a adesão do município ao PSF;
- e) selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa.



Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF

PORTARIA Nº 347, DE 27 DE MARÇO DE 2003

Aprova Convocatória Pública para que Municípios e Distrito Federal apresentem Projetos Municipais de Expansão do Saúde da Família no Âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROEF e os Respectivos Critérios de Elegibilidade, Prazos e Condições de Financiamento, Mediante Transferências Diretas do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde de Municípios Participantes e dá Outras Providências



Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF

O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para apoiar a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País.

Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes e para a elevação da qualificação do processo e trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros.



Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF

·Município que se compromete a implantar ou ampliar o Programa de Saúde da Família de acordo com as seguintes metas, em percentuais (%) de cobertura:

Porte de Municípios	% de Cobertura
>=100 <= 500 mil habitantes	70%
>500 mil <= 2,0 milhões de habitantes	50%
>2,0 milhões <= 5,0 milhões de habitantes	40%
>5,0 milhões de habitantes	30%