

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES/RS

SÉRIE 01:

DOCUMENTOS
OFICIAIS

Porto Alegre-RS-Setembro/1994

MATERIAL Distribuído no III encontro
ESTADUAL de Conselhos de Saúde - 1994

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES/RS

MESA DIRETORA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
CES/RS - BIÊNIO 94/95

Presidente

ADALGIZA BALSEMÃO ARAÚJO

Vice-Presidente

MARIA EUNICE HOFFEINZ GIACOMONI

Coordenadores

CARLOS ALEXANDRE GEYER

FLÁVIO LEWGOY

IRINEU GRINBERG

MARIA DE FÁTIMA BUENO FISCHER

Compilação e Organização da Série "Documentos Oficiais": Antonio Quinto Neto

Apoio: Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente

Conselho Estadual de Saúde - CES/RS
Centro Administrativo Fernando Ferrari
Av. Borges de Medeiros, 5º andar, Ala Norte
Cep: 90020-025 - Porto Alegre-Rio Grande do Sul
Fone: (051)225.2134
Fax: (051)227.2798

SUMÁRIO

1. Lei Estadual nº 10.097/1994: Cria o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul	01
2. Regulamento da Eleição da Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde - CES/RS	07
3. Lei Federal nº 8.142/1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS	10
4. Resolução do INAMPS nº 283/1991: Trata do acesso universal, igualitário e gratuito	13
5. Resolução do Conselho Federal de Médica nº 1408/1994: Trata do estabelecimento de normas para o atendimento da pessoa mentalmente enferma	15
6. Municipalização da Saúde e a Norma Operacional Básica 01/93	19
7. Lista Nominal dos Conselheiros do CES/RS	31

LEI Nº 10.097, DE 31 DE JANEIRO DE 1994

Cria o CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece
outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Faço saber, em cumprimento ao dispositivo no artigo 82, inciso IV da Constituição do Estado, que a Assembléia Legislativa aprovou e eu sanciono e promulgo a Lei seguinte:

Art. 1º - Fica criado, no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual de Saúde - CES/RS, nos termos da Lei Federal no. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 2º - O Conselho Estadual de Saúde, instância colegiada do Sistema Único de Saúde, terá funções consultivas, deliberativas, normativas e fiscalizadoras, assim como de formulação estratégica, atuando no acompanhamento, controle e avaliação da política estadual de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Art. 3º - O Conselho Estadual de Saúde terá caráter permanente e será integrado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Parágrafo Único - A representação dos usuários dar-se-á sempre de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Art. 4º - O Conselho Estadual de Saúde será constituído por 52 (cinquenta e dois) Conselheiros titulares e os respectivos suplentes, tendo a seguinte composição:

- I - Representantes da área governamental
- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente 03
 - Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico do Ministério da Saúde/RS 01
 - Universidade Federal do Rio Grande do Sul 01
 - Federação das Associações dos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul 01

- Associação dos Secretários Municipais de Saúde	01
- Secretaria da Educação	01
- Companhia Riograndense de Saneamento	01
- Secretaria do Planejamento e da Administração	01
- Secretaria de Justiça, do Trabalho e da Cidadania	01
TAL	11
II - Área dos Prestadores de Serviços de Saúde	
- Federação das Misericórdias RS	01
- Associação dos Hospitais do RS	01
- Associação Gaúcha dos Prestadoras de Serviço de Saúde Ambulatoriais	01
- Sindicato dos Laboratórios	01
- Associação Riograndense de Empreendimento de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER-RS	01
TOTAL	05
III - Área dos Profissionais de Saúde	
- Representação dos Médicos	01
- Representação dos Odontólogos	01
- Representação dos Enfermeiros	01
- Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul	01
- Representação dos Assistentes Sociais	01
- Representação dos Nutricionistas	01
- Representação dos Psicólogos	01
- Representação dos Farmacêuticos-Bloquímicos	01
- Representação dos Veterinários	01

- Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais	01
TOTAL 10	
IV - Área da Sociedade Civil Organizada	
- Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairros - FRACAB	02
- Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul - FETAG/RS	02
- Central Única dos Trabalhadores do Estado do Rio Grande do Sul - CUT	02
- Central Geral dos Trabalhadores - CGT	02
- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB	01
- Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio Grande do Sul - FETAPERGS	01
- Representação dos Portadores de Doenças	02
- Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul - FIERGS	01
- Federação das Associações Comerciais do Rio Grande do Sul - FEDERASUL	01
- Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul - FARSUL	01
- Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural - AGAPAN	01
- Ação Democrática Feminina Gaúcha - ADFG Amigos da Terra	01
- Conselhos Regionais de Saúde	05
- Representação das pessoas portadoras de deficiência	01
- Representação das entidades de defesa do consumidor	01
- Fórum Gaúcho de Saúde Mental	01

Parágrafo 1º - A ampliação ou qualquer outra alteração na composição do Conselho Estadual de Saúde deverá ser previamente deliberada por seu Plenário, para posterior regulamentação, mediante Projeto de Lei.

Parágrafo 2º - Os Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde serão nomeados pelo Governador do Estado, mediante indicação formal dos respectivos órgãos e entidades que representarem.

Parágrafo 3º - Os órgãos e entidades referidos neste artigo poderão propor a substituição de seus respectivos representantes.

Parágrafo 4º - Será dispensado o Conselheiro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas no período de 01 (um) ano.

Art. 5º - As decisões do Conselho Estadual de Saúde serão consubstanciadas em Resoluções.

Parágrafo Único - O Secretário da Saúde e do Meio Ambiente, na qualidade de Gestor do Sistema Único de Saúde/RS, terá um prazo de 30 (trinta) dias para homologar sobre as Resoluções.

Art. 6º - O Conselho Estadual de Saúde será constituído por Plenário, Mesa Diretora, Secretaria Executiva, Assessoria Técnica, Comissões Especiais e Comissão de Fiscalização.

Parágrafo 1º - O Plenário constituir-se em instância máxima de deliberação do Conselho Estadual de Saúde.

Parágrafo 2º - Os membros da Mesa Diretora, inclusive seu Presidente, serão eleitos entre os Conselheiros Titulares, que compõem o Plenário do Conselho Estadual de Saúde, mediante voto direto, para um período de 02 (dois) anos.

Art. 7º - A competência, as atribuições e a estrutura administrativa, financeira e operacional do Conselho Estadual de Saúde serão regulamentadas em regimento interno elaborado e aprovado pelo seu Plenário, nos termos da Lei.

Art. 8º - Ao Conselho Estadual de Saúde compete, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo:

I - acompanhar e controlar a movimentação e o destino dos recursos na execução orçamentária da Secretaria da Saúde;

- II - definir critérios para a celebração de contratos entre o setor público e entidades privadas no que tange à prestação de serviços de saúde;
- III - avallar as unidades do setor privado prestador de serviços de saúde que serão contratados para atuarem de forma complementar no SUS, bem como acompanhar, controlar e fiscalizar a atuação das mesmas;
- IV - aprovar critérios e valores, complementares à tabela nacional de remuneração de serviços, e os parâmetros estaduais de cobertura assistencial;
- V - promover a ampla descentralização das ações e serviços de saúde, bem como dos recursos financeiros;
- VI - atuar para o desenvolvimento e formação dos conselhos regionais, municipais e locais de saúde;
- VII - apreciar e aprovar previamente convênios e termos aditivos a serem firmados pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente;
- VIII - atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul;
- IX - Acompanhar, analisar e fiscalizar o Sistema Único de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul;
- X - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar o Plano Estadual de Saúde, bem como acompanhar e avallar sua execução;
- XI - apreciar e aprovar a proposta do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e do orçamento anual da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente;
- XII - apreciar e aprovar o Plano de Aplicação e a prestação de contas do Fundo Estadual de Saúde, bem como acompanhar e fiscalizar a sua movimentação;
- XIII - apreciar e aprovar os Relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pelo Gestor Estadual;
- XIV - apreciar, analisar e deliberar sobre as políticas setoriais de saúde, bem como acompanhar e fiscalizar sua implementação;
- XV - estabelecer critérios, bem como acompanhar e controlar a atuação do setor privado na área de saúde, credenciado mediante contrato e convênio para integrar o Sistema Único de Saúde no Estado;
- XVI - aprovar o regulamento, a organização e as normas de funcionamento das Conferências Estaduais de Saúde reunidas, ordinariamente, e convocá-las extraordinariamente;

XVII - formular diretrizes e instruções para a formação e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde;

XVIII - outras atribuições definidas e asseguradas em atos complementares, baixadas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, que se referirem à operacionalidade e à gestão do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 9º - Caberá ao Poder Executivo, através da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente, órgão responsável pela execução e gerenciamento do Sistema Único de Saúde, garantir ao Conselho Estadual de Saúde todo o apoio administrativo, operacional, econômico-financeiro, recursos humanos e material, necessários ao seu pleno e regular funcionamento.

Art. 10 - Será assegurado a todos os conselheiros do CES/RS o custeio de despesas de deslocamento e manutenção quando no exercício de suas funções.

Parágrafo Único - Os conselheiros do CES/RS, quando em representação do órgão colegiado, terão direito a passagens e diárias no valor atribuído ao padrão 20 (vinte) do Quadro Geral dos Funcionários Públicos Civis do Estado.

Art. 11 - Caberá ao Gestor Estadual do Sistema Único de Saúde - Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente - a responsabilidade de convocar e instalar o Plenário do Conselho Estadual de Saúde, no prazo improrrogável de até 30 (trinta) dias, a contar da data de publicação desta lei.

Art. 12 - O Conselho Estadual de Saúde poderá criar Comissões Temáticas Intersetoriais de âmbito estadual a ele subordinadas, para fins de estudos de questões de interesse da saúde coletiva.

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

Art. 13 - O Plenário do Conselho Estadual de Saúde, nos termos do artigo 7º, terá prazo de 60 (sessenta) dias, após a publicação desta lei, para elaborar o seu Regimento Interno.

Art. 14 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15 - Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO PIRATINI, em Porto Alegre, 31 de Janeiro de 1994.

ALCEU COLLARES
Governador do Estado.

REGULAMENTO DA ELEIÇÃO DA MESA DIRETORA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES/RS

Do Regulamento Eleitoral

Art. 1º - O presente Regulamento trata das eleições para o preenchimento da Mesa Diretora do CES/RS, composta de 06 (seis) conselheiros: Presidente, Vice-Presidente e 04 (quatro) Coordenadores.

Da Comissão Eleitoral

Art. 2º - A Comissão eleitoral conduzirá todo o processo eleitoral, desde a sua instalação até a conclusão do pleito que elegerá a Mesa Diretora do CES/RS, tendo como competências específicas:

- I - Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do CES/RS, nos seus artigos 12 e 13, tomando as medidas que julgar necessárias.
- II - Receber, julgar e declarar o registro das Chapas concorrentes, de acordo com o Regimento Interno.
- III - Ordenar, instruir, acompanhar, apurar e proclamar os resultados do pleito.

Das Chapas

Art. 3º - As Chapas para eleição da Mesa Diretora do CES/RS, biênio 94/95, deverão ser encaminhadas à Comissão Eleitoral e entregues na Secretaria do CES/RS, no Centro Administrativo do Estado do Rio Grande do Sul, até o dia 25 de maio de 1994, às 18:00 horas.

Art. 4º - As Chapas serão compostas por 06 (seis) Conselheiros que concorrerão às vagas de Presidente, Vice-Presidente e 04 (quatro) Coordenadores.

Parágrafo 1º - Nas Chapas deverão constar os nomes dos candidatos, os respectivos cargos eletivos e a entidade que representam.

Parágrafo 2º - As Chapas deverão ser apresentadas em 03 (três) vias, uma das quais ficará como recibo de registro no CES/RS.

Parágrafo 3º - Os candidatos deverão assinar as Chapas, ao lado da citação de seus nomes, para justificar o aceite.

Parágrafo 4° - As Chapas serão compostas conforme o Regimento Interno do CES/RS, obedecendo a paridade e o sistema de proporcionalidade direta.

Parágrafo 5° - As entidades só poderão concorrer numa única Chapa.

Da Inelegibilidade

Art. 5° - São inelegíveis os integrantes da Comissão Eleitoral quem não cumprir o Artigos 5° e 6° do Regimento Interno do CES/RS.

Da Eleição

Art. 6° - A eleição será realizada, em assembleia, no dia 01 de Junho de 1994, no Auditório do Ex-INAMPS, Av. Borges de Medeiros, 536, 12° andar.

Parágrafo 1° - A eleição será processada com quórum mínimo da maioria simples, na primeira chamada, e com 1/3 (um terço) dos Conselheiros na segunda chamada, 30 (trinta) minutos após o início da assembleia.

Parágrafo 2° - O horário de início da votação será 30 (trinta) minutos após a abertura da reunião marcada para as 14:00 horas.

Parágrafo 3° - A habilitação para o voto será encerrada às 15:00 horas do dia 01 de junho de 1994.

Parágrafo 4° - A votação será aberta e o votante, previamente habilitado pela Comissão Eleitoral, declinará verbalmente a entidade que representa e para qual Chapa está votando.

Parágrafo 5° - A apuração será imediatamente após a votação do último Conselheiro habilitado.

Parágrafo 6° - Os protestos em relação ao processo eleitoral deverão ser feitos na reunião da eleição, após a apuração, avaliada a procedência pela Comissão Eleitoral.

Da Divulgação

Art. 7° - A divulgação das Chapas e da eleição será através do Edital por correspondência a todas as entidades participantes do CES/RS, até 26 de maio de 1994.

Parágrafo Único - Em 26 de maio de 1994, às 14:00 horas, haverá reunião extraordinária do CES/RS, tendo como pauta a Divulgação das Chapas em Plenário.

Da Proporcionalidade

Art. 8º - A proporcionalidade será obedecida com os seguintes critérios:

- I - A Chapa majoritária que atingir mais de 50% dos votos válidos, elegerá o Presidente e o Vice-Presidente.
- II - As demais Chapas elegerão os outros membros, obedecendo a proporcionalidade e num percentual nunca inferior a 17% dos votos válidos.

A Comissão Eleitoral.

Aprovado na Reunião Plenária do dia 18 de maio de 1994.

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

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

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

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

Parágrafo 1º - A Conferência Nacional de Saúde reunir-se-á cada 4 (quatro) anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

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

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

Parágrafo 4º - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4º - Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990.

III - Plano de Saúde;

IV - Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o parágrafo 4º do art. 33 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;

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

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de 2 (dois) anos para a sua implantação.

Parágrafo Único - O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo distrito Federal dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os

recursos concementes sejam administrados, receptivamente pelos Estados ou pela União.

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

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

Art. 7º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, em 28 de dezembro de 1990.

RESOLUÇÃO Nº 283, DE 30 DE AGOSTO DE 1991 (*)

O PRESIDENTE EM EXERCÍCIO DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL-INAMPS, no uso de suas atribuições e

Considerando os preceitos constitucionais que asseguram o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação de saúde;

Considerando a necessidade de regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

Considerando, ainda, as disposições das Portarias Ministeriais nº 896, de 29 de junho de 1990 e nº 1.181, de 31 de dezembro de 1990, nas quais o Ministério da Saúde Incumbe ao INAMPS de Implantar o SIH-SUS e de Implantar a nova política de financiamento do Sistema, resolve:

1 - Os internamentos dos pacientes nas Unidades Assistenciais do Sistema Único de Saúde - SUS classificar-se em duas categorias:

- Internamento eletivo; e

- Internamento de Urgência/Emergência.

1.1 - O internamento eletivo somente poderá ser efetuado mediante a apresentação pelo paciente ou seu responsável, de laudo médico previamente autorizado e/ou Autorização de Internação Hospitalar - AIH, emitida pela Secretaria de Saúde.

1.2 - Em caso de urgência/emergência, o internamento do paciente se fará independentemente da autorização prévia.

1.2.1 - Para emissão da Autorização de Internação Hospitalar - AIH urgência/emergência, deverá ser emitido laudo pelo médico responsável pelo internamento.

1.2.2 - O "Laudo Médico" de que trata o item anterior será visado pelo Diretor Clínico da Unidade Assistencial e encaminhado, no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis, ao órgão competente do SUS, para emissão do documento de Autorização da Internação Hospitalar - AIH referido no subitem 1.1.

1.2.3 - Ocorrendo dúvidas quanto a configuração da necessidade da internação, caberá à Secretaria de Saúde a avaliação do caso, concordando ou não com a emissão do documento de Autorização da Internação Hospitalar - AIH. Esta

decisão deverá ser comunicada no prazo de até 02 (dois) dias úteis após o recebimento do "Laudo Médico".

2 - A emissão de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, garantirá o internamento em enfermaria com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos e assegurará o pagamento nas despesas médico-hospitalares em conformidade com os valores estabelecidos pelo INAMPS e publicados no Diário Oficial da União.

2.1 - A AIH garante a gratuidade total da assistência prestada, sendo vedada à profissionais e/ou às Unidades Assistenciais, públicas ou privadas, contratadas ou conveniadas, a cobrança, ao paciente ou seus familiares, de complementaridade, a qualquer título.

2.2 - Nos casos de urgência/emergência, e não havendo leitos disponíveis nas enfermarias, cabe à unidade assistencial proceder a internação do paciente em acomodações especiais, até que ocorra vaga em leito de enfermarias, sem cobrança adicional, a qualquer título.

3 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

RICARDO AKEL

(*) - Republicada por ter saído com incorreção, do original, no D.O. de 05/09/91, pág. 18638.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO 1408/94

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a generalizada revisão crítica por que passam os modelos de assistência psiquiátrica, que permitiu o estabelecimento de normas internacionais como os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", da Organização das Nações Unidas, de 17/12/91, e a "Declaração de Caracas", da Organização Pan-americana de Saúde, de 14/11/90;

CONSIDERANDO a necessidade de serem criadas normas brasileiras que estejam em consonância com as internacionais e contemplem a realidade assistencial própria;

CONSIDERANDO que o modelo assistencial psiquiátrico vigente no país é predominantemente hospitalar e crônicofocador;

CONSIDERANDO o reconhecimento nos meios científicos, dos riscos inerentes às internações psiquiátricas;

CONSIDERANDO as decisões da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília-DF, no período de 01 a 04 de dezembro de 1992;

CONSIDERANDO as decisões do Seminário Nacional Sobre Reforma Psiquiátrica no Brasil, promovido pelo Conselho Federal de Medicina e realizado em Brasília, nos dias 19 e 20 de maio de 1994;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 08 de junho de 1994;

RESOLVE:

Artigo 1º - É de responsabilidade do Diretor Técnico, do Diretor Clínico e dos médicos assistentes a garantia de que, nos estabelecimentos que prestam assistência médica, às pessoas com transtorno mental sejam tratadas com o respeito e a dignidade inerentes à pessoa humana.

Artigo 2º - O diagnóstico de que uma pessoa é portadora de um transtorno mental deve ser feito de acordo com os padrões médicos aceitos

internacionalmente e não com base no status econômico, político ou social, orientação sexual, na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

Parágrafo I - O diagnóstico de um transtorno mental não será determinado pelos seguintes fatores quando isoladamente: conflitos familiares ou pessoais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos. Em tais circunstâncias religiosas prevalentes na comunidade da pessoa, ou em sua história de tratamento ou hospitalização psiquiátricas anteriores.

Parágrafo II - Nenhum médico pode diagnosticar que uma pessoa é portadora de um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas consequências.

Artigo 3° - Cabe ao médico respeitar e garantir o direito ao sigilo profissional de todas as pessoas com transtorno mental sob a sua responsabilidade profissional.

Artigo 4° - Nenhum tratamento será administrado a uma pessoa com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido, salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção do consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas.

Parágrafo Único - Na impossibilidade de obter-se o consentimento esclarecido do paciente e ressalvadas as condições previstas no caput deste artigo, deve-se buscar o consentimento do responsável legal.

Artigo 5° - As modalidades de atenção psiquiátrica extra-hospitalar devem ser sempre prioritárias, e, na hipótese de ser indispensável a internação, esta será levada a efeito pelo menor prazo possível.

Parágrafo I - O tratamento e os cuidados a cada pessoa serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com ela, reviso regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.

Parágrafo II - Em qualquer estabelecimento de saúde onde se presta assistência psiquiátrica é vedado o uso de "celas fortes", "carnisa de força" e outros procedimentos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes, sendo dever do médico assistente denunciar ao Conselho Regional de Saúde sempre que tiver conhecimento do desrespeito a esta norma.

Artigo 6° - Nenhum estabelecimento de saúde poderá recusar o atendimento ou internação sob a alegação de o paciente ser portador de transtorno mental.

Parágrafo Único - Um estabelecimento de saúde mental deverá garantir o acesso dos seus pacientes aos recursos diagnósticos e terapêuticos que se fizerem necessários no curso do tratamento psiquiátrico.

Artigo 7º - Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa com transtorno mental, se for considerado que atende melhor às necessidades de saúde do paciente e quando receber seu consentimento esclarecido, salvo nos casos em que este estiver incapacitado para fazê-lo e então o procedimento será autorizado pelo responsável legal.

Artigo 8º - A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais somente serão realizados em um paciente na medida em que este tenha dado seu consentimento esclarecido, e um corpo de profissionais externos, solicitado ao Conselho Regional de Medicina, estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento esclarecido e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

Artigo 9º - Pesquisas, ensaios clínicos e tratamentos experimentais não poderão ser realizados em qualquer paciente com transtorno mental sem o seu consentimento esclarecido.

Parágrafo I - Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente designado pela comissão de ética do serviço e especificamente constituído para este fim, poderão ser realizados tratamentos experimentais, ensaios clínicos ou pesquisas em pacientes que estejam incapacitados a dar seu consentimento esclarecido.

Parágrafo II - Somente poderão ser realizados os procedimentos de que trata o parágrafo I deste artigo se for em benefício do paciente e após autorização expressa do seu representante legal.

Artigo 10 - O médico assistente deve gozar da mais ampla liberdade durante todo o processo terapêutico, estando, no entanto, sujeito aos mecanismos de revisão, supervisão e auditoria previstos no Código de Ética Médica e na legislação vigente.

Artigo 11 - As pessoas com transtorno mental têm direito de acesso às informações concernentes a elas, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos pelos estabelecimentos de saúde. Este direito poderá estar sujeito a restrições, com o fim de evitar danos sérios à saúde do paciente ou risco à segurança de outros.

Artigo 12 - Não será permitido o registro, nos Conselhos Regionais de Medicina, de estabelecimentos de saúde que mantenham atendimento psiquiátrico e não atendam às normas éticas enunciadas nesta resolução.

Parágrafo Único - Caberá aos Conselhos Regionais de Medicina a fiscalização da implantação das presentes normas, com vistas à transformação do modelo assistencial vigente.

Brásilia, 14 de junho de 1994.

IVAN DE MOURA FÉ
Presidente do CFM

MUNICIPALIZAÇÃO

DA

SAÚDE

E A

NORMA OPERACIONAL BÁSICA (NOB) 01/93

(2a. Versão revisada)

Porto Alegre-RS-Setembro/1994

APRESENTAÇÃO

O processo de municipalização da saúde tomou um novo impulso com a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, a qual foi oficializada através da Portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993.

A NOB 01/93 disciplina o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, tendo como propósito a consolidação do SUS, referindo-se especificamente ao gerenciamento do processo de descentralização, ao financiamento com recursos arrecadados pela União e as condições de gestão nos Estados e Municípios.

Comissão Bipartite.

MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E A NOB 01/93

1 - MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

1. Fundamentos Legais da Gestão Descentralizada da Saúde

A Constituição Federal resgatou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e criou o Sistema Único de Saúde, regulamentado, posteriormente, pelas Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90. Dentre várias outras, a nova legislação consagrou os princípios da descentralização e municipalização da saúde.

A Constituição Federal, em seu artigo 197, define os serviços de saúde como de relevância pública, atribuindo ao poder público as funções de regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços, independentes da execução direta. No artigo 198, afirma que as ações e serviços de saúde "integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único", organizado de acordo com as diretrizes de descentralização com direção única em cada esfera de Governo, atendimento integral e participação da comunidade.

Posteriormente, a Lei Federal 8.080/90, no seu artigo 7º, diz que o SUS tem como um dos seus princípios a descentralização dos serviços para os Municípios. No artigo 18 define as competências do Município, onde se encontra, dentre outros, planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

A política de municipalização está, portanto, respaldada em instrumentos legais bastante claros. Tão claros que a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema "Municipalização é o Caminho", resume suas conclusões e propostas em uma única frase "cumpra-se a Lei".

Foi com o objetivo de cumprir a Lei que o Ministério da Saúde elaborou, e o Conselho Nacional de Saúde aprovou, o documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde". A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei". Inspirada na proposta do documento, foi editada a Norma Operacional Básica 01/93, que tem como objetivo "disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS".

2. Entendendo o que seja municipalização

A descentralização e a municipalização implicam a auto-gestão local. Por isso é preciso ter um entendimento objetivo do que se entende por uma efetiva municipalização da saúde, como produto esperado do processo de descentralização emanado dos documentos legais.

Municipalizar a saúde significa assumir progressivamente a responsabilidade de gerenciar os serviços de saúde no nível local. Para isso é necessário unir os diferentes recursos destinados à saúde, colocando-os sob a gestão do poder municipal.

Municipalizar não é prefeiturizar nem sinônimo de repasse de encargos para as Prefeituras. Na verdade, constitui-se numa forma de organização do sistema de saúde, com base nas necessidades da população, a qual passa a participar efetivamente da definição das prioridades em saúde.

A municipalização somente será colocada em prática quando atender todos os princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que diz respeito ao repasse regular, direto e automático dos recursos financeiros..

Até o momento não se alcançou a municipalização plena, isto é, o processo está em implementação de forma lenta, porém progressiva. A descentralização proposta pelo Governo Federal tem limitado a implantação do SUS porque os Municípios são os gestores dos serviços de saúde sem o devido ressarcimento (contrapartida) de recursos financeiros.

Princípios e Condições para a Municipalização

- * Descentralização: significa repartir o poder político, administrativo e financeiro.
- * Fortalecimento administrativo: dá ênfase à administração municipal na condução do processo de municipalizar a saúde.
- * Participação social: a população não é apenas usuária, mas também participante do controle dos serviços de saúde.
- * Dotação satisfatória para o setor: supõe a existência (e destinação) de recursos financeiros nas três esferas de governo.
- * Divisão de competência das três esferas de governo: para organizar os serviços de saúde é necessário ter claro o papel de cada uma das três instâncias.

Definição do Modelo de Atenção à Saúde

É no nível municipal que se pode identificar, localizar e priorizar os problemas mais facilmente, buscando definir formas de atuação que possam causar impacto sobre determinado quadro sanitário, a partir da conjugação de esforços entre os órgãos governamentais e representações populares.

A reorganização do sistema de atenção à saúde terá que ser acompanhada de uma profunda transformação do modelo vigente; e é a partir dos municípios que se acredita ser possível a mudança deste modelo. O novo modelo deve ser construído no sentido de ampliar as ações de caráter preventivo e a melhoria do atendimento ambulatorial, o que resultará em redução das necessidades de hospitalização. As ações de vigilância epidemiológicas, controle de endemias e vigilância sanitária passam a ser prioritárias nesse novo modelo, junto com o privilegiamento de linhas de intervenção que envolvem o indivíduo, o coletivo e o ambiente com todas as suas interações.

O Sistema Único de Saúde, descentralizado e plicado na municipalização, tem como objetivo a saúde. Esse é o salto de qualidade possível de ser alcançado com a criação de novas práticas de saúde, que produzam o reordenamento do sistema.

No presente momento, a municipalização da saúde está sendo orientada através da edição de Norma Operacional Básica 01/93. Esta norma está possibilitando a ampliação do espaço de governabilidade dos gestores municipais ao propor um processo de adesão ao SUS, em diferentes graus de intensidade, compatíveis com a vontade política e a capacidade de absorver responsabilidades gerenciais e política.

Conforme pode-se observar, a seguir, coexistirão situações diferentes no que se refere à configuração e a gestão dos sistemas locais de saúde. A municipalização da saúde, a partir de NOB/01/93 está desenhada para assegurar o enquadramento do município, segundo a realidade e as condições técnicas e políticas apresentadas, ou seja, respeitando-se os diferentes estágios vividos em cada um dos municípios gaúchos.

II - OPERACIONALIZAÇÃO DO SUS: NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/93

1. Órgãos Colegiados

1.1. **Comissão Bipartite (ESTADO):** Instância de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS no Estado. Integrada, paritariamente, por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e de Secretarias Municipais de Saúde, cuja indicação, destas, foi realizada pela ASSEDISA. O Secretário da Capital é membro da Comissão por determinação da Norma.

No Rio Grande do Sul apresenta a seguinte constituição:

SSM/RS:

- Secretário de Estado da Saúde e do Meio Ambiente
- Diretor do Departamento de Ações em Saúde
- Diretor do Departamento de Planejamento

- Divisão de Controle e Avaliação (vinculada ao Depto. Planejamento)

ASSEDISA/FAMURS:

- Prefeito Municipal de Panambi
- Secretário Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul
- Secretário Municipal de Saúde de Passo Fundo
- Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social de Porto Alegre

Participa, ainda, como convidado das Reuniões da Bipartite, a representação do Conselho Estadual de Saúde-CES/RS.

A Comissão é presidida pelo Secretário de Estado da Saúde e do Meio Ambiente e tem competência para avaliar e aprovar pedido de enquadramento dos municípios em uma das condições de gestão, além de outras competências, previstas na Norma Operacional Básica nº 01/93.

Reúne-se, ordinariamente, no Gabinete do Senhor Secretário da Saúde e do Meio Ambiente.

A Secretaria Técnica e Executiva da Comissão Bipartite está organizada através da representação das seguintes instituições: FAMURS - Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul; DEPLAN - Departamento de Planejamento da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Tem como atividade principal executar todas as deliberações da Comissão Intergestora Bipartite.

1.2. Conselho Estadual de Saúde (CES): Instância deliberativa, responsável pela formulação de estratégias e pelo controle da execução da política estadual de saúde, criado por Lei Estadual, nº 10.097/94, de acordo com os princípios de paridade instituídos pela Lei Federal nº 8.142/90.

O CES/RS, de acordo com a NOB-SUS 01/93, possui as seguintes atribuições:

- referendar ou aprovar definições e propostas da Comissão Bipartite;
- deliberar sobre os critérios de descentralização propostos pela Comissão Bipartite;
- deliberar sobre divergências não superadas na Comissão Bipartite;
- aprovar programação físico-orçamentárias;
- aprovar pleito de enquadramento dos Municípios às condições de gestão.

1.3. Conselhos Municipais de Saúde (CMS): Instâncias municipais de gestão do SUS, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política municipal de saúde e devem ser organizados de acordo com os princípios definidos pela Lei Federal 8.142/90.

Além das atribuições definidas na lei de criação, a NOB 01/93 institui as seguintes:

- deliberar sobre o Plano Municipal de Saúde;
- fiscalizar a gestão do Fundo Municipal de Saúde;
- aprovar critérios de programação ambulatorial e hospitalar;
- aprovar programação físico-orçamentária;
- aprovar pleito de enquadramento dos Municípios às condições de gestão.

1.4. **Comissão Tripartite (UNIÃO):** integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais e de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS. Sua finalidade é assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde

2. Condições de Gestão

Como forma de possibilitar avanços no processo de descentralização e colocar sob gestão de Estados e Municípios instrumentos gerenciais que lhe possibilitarem organizar ações e serviços de Saúde no seu âmbito com maior autonomia e, ao mesmo tempo, levando-se em consideração a desigualdade existente entre as várias realidades, a NOB 01/93 institui diferentes condições de Gestão. Estas se configuram como etapas de transição entre a situação atual, em que Estados e Municípios são tratados como meros prestadores de serviços, e a municipalização plena, como definida na Constituição Federal. São situações progressivas, não necessariamente sequenciais, que coexistirão num processo de transição.

Para o enquadramento, Estados e Municípios devem levar em conta o estágio de organização de ações e serviços de Saúde em que se encontram, as possibilidades de cumprimento das responsabilidades e dos requisitos exigidos, e o significado, dentro da proposta de reorganização da atenção à Saúde na sua área de abrangência, da conquista das estruturas e dos instrumentos de Gestão próprios da condição escolhida. São elas:

- condição de gestão incipiente;
- condição de gestão parcial;
- condição de gestão semi-plena.

Quadro 1: Responsabilidades dos Municípios nas três condições de gestão.

RESPONSABILIDADE/PREROGATIVA	CONDIÇÃO DE GESTÃO		
	INCIPIENTE	PARCIAL	SEMI-PLENA
Autoriza, cadastra e contrata prestador	sim (*)	sim	sim
Programa e autoriza AIH e procedimentos ambulatoriais	sim (*)	sim	sim
Controla e avalia serviços ambulatoriais e hospitalares	sim (*)	sim	sim
Garância rede ambulatorial pública	demonstra disposição	sim	sim
Desenvolve ações de vigilância e saúde do trabalhador	sim	sim	sim
Recebe diferença entre teto e serviços prestados	não	sim	não
Recebe total de recursos de custeio ambulatorial e hospitalar	não	não	sim

Fonte: CUNHA, Rosani (1).

(*) Assume imediata ou progressivamente, de acordo com condições técnico-operacionais, em cronograma discutido com Comissão Bipartite.

As diferentes condições de gestão possibilitam uma ampliação do papel e das responsabilidades do município em relação à situação atual. Da condição de gestão, incipiente à condição semi-plena, há uma conquista gradativa de autonomia e de instrumento de gestão que ampliam o espaço de governabilidade do município.

Na condição de gestão incipiente, o município controla as AIH na sua área, possibilidade já prevista na NOB-SUS 01/92, mas que, com poucas exceções, não chegou a ser implementada. Os recursos financeiros ainda são repassados sob forma de pagamento por serviços ambulatoriais e hospitalares prestados.

Na condição de gestão parcial, o município conquista maior autonomia sobre os recursos financeiros, uma vez que passa a receber, mensalmente, o dinheiro correspondente à diferença entre o teto estabelecido e o pagamento efetuado, pelo governo federal, às unidades públicas e privadas sob sua gestão, além de continuar recebendo o pagamento pelos serviços produzidos. Esta possibilidade amplia a autonomia do município na organização das ações e serviços na sua área, uma vez que o gestor municipal passa a ter acesso a recursos financeiros de acordo com o teto do Município, independente dos serviços produzidos. Outra diferença diz respeito ao gerenciamento da rede ambulatorial, que passa a ter assumido pelo Município.

Na condição de gestão semi-plena, o Município assume a responsabilidade total das ações e serviços prestados pelo SUS, no seu âmbito. Ele passa a receber o total de recursos financeiros para custeio, calculado de acordo com série histórica de gasto. Em termos de volume, o teto financeiro é o mesmo que na condição de gestão parcial. No entanto o Município tem maior autonomia e responsabilidade na gestão dos mesmos.

O Ministério da Saúde definiu que, como a implantação da gestão semi-plena representa o estágio mais avançado da municipalização, iniciaria o processo com um grupo de Municípios onde os gestores demonstrassem vontade política e se encontrassem habilitados para assumir a condição. O Rio Grande Sul participa com 02 (dois) Municípios - Panambi e Santa Rosa.

3. Requisitos e Instrumentos de Gestão

Gestão Iníciplente	Gestão Parcial	Gestão Semi-plena	Gestão plena
Manifester Interesse à Bipartite	Manifester Interesse à Bipartite	Todos os requisitos para a gestão parcial	
Disponer de CMS em funcionamento	Disponer de CMS em funcionamento	Apresentar Termo de Compromisso que contemple as metas para um ano (aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde)	
Disponer de FMS ou Conta Bancária	Disponer de FMS	Manter permanentemente o SIM/SUS e SI/SUS	
Ainda:		Obs.: A seleção dos municípios cabe à Comissão Tripartite (respeitadas as restrições financeiras)	
Montar proposta para assumir o gerenciamento da rede pública	Comissão de elaboração do PCCS ou Plano já elaborado		
Disponer de condições para programar, controlar e avaliar a prestação de serviço	Relatório de Gestão		
Manter registro e remessa mensal de dados (Banco de Dados)	Comprovar a contrapartida de recursos do Tesouro Municipal		
Médico autorizador de internações hospitalares	Montar proposta para assumir o gerenciamento da rede pública		
	Disponer de condições para programar, controlar e avaliar a prestação de serviços		
	Manter registro e remessa mensal de dados (Banco de Dados)		
	Médico autorizador ou internações hospitalares		

4. Financiamento do SUS

O financiamento das ações de saúde é responsabilidade a ser compartilhada pelos três níveis de governo, devendo-se assegurar, regularmente, o aporte de recursos aos fundos de saúde.

4.1. Origem dos recursos do Fundo Municipal de Saúde

- a) Transferências da União - remuneração de serviços prestados na área ambulatorial e hospitalar, e outras fontes;
- b) Transferências do Estado - contribuição do Tesouro do Estado e outras fontes de apoio financeiro;
- c) Participação orçamentária do Município - contrapartida do Tesouro Municipal e outras fontes de financiamento

4.2. Recursos do Sistema Único de Saúde advindos das Transferências da União para o Estado

a) **ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL:** os Estados recebem o montante de recursos denominados Recursos de Cobertura Ambulatorial - RCA, para pagamento de despesas com assistência ambulatorial. Para cálculo da RCA utiliza-se a Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA - multiplicada pelo número de habitantes do Estado (segundo dados da IBGE).

A UCA é um valor determinado, mensalmente, pelo Ministério da Saúde e aprovado pela Comissão Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. Tem uma valor variável porque é reajustado regularmente pelo Ministério da Saúde.

b) **ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:** é financiada através do documento denominado Autorização de Internação Hospitalar - AIH. Estas são calculadas num percentual de 10% de Internação/habitante/ano e remetidos aos Estados, mensalmente, em duodécimos. No momento, a quota de AIHs para o Rio Grande do Sul é de 79.000.

O processamento das AIHs e os procedimentos para pagamento fazem parte do Sistema de Internação Hospitalar - SIH/SUS.

A AIH é de competência do mês e obedece a uma série numérica, não podendo ser utilizada fora do mês programado. Este procedimento visa um maior controle na utilização das mesmas.

c) **MEDICAMENTOS ESPECIAIS**

d) **TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO**

e) **ÓRTESES E PRÓTESES AMBULATORIAIS**

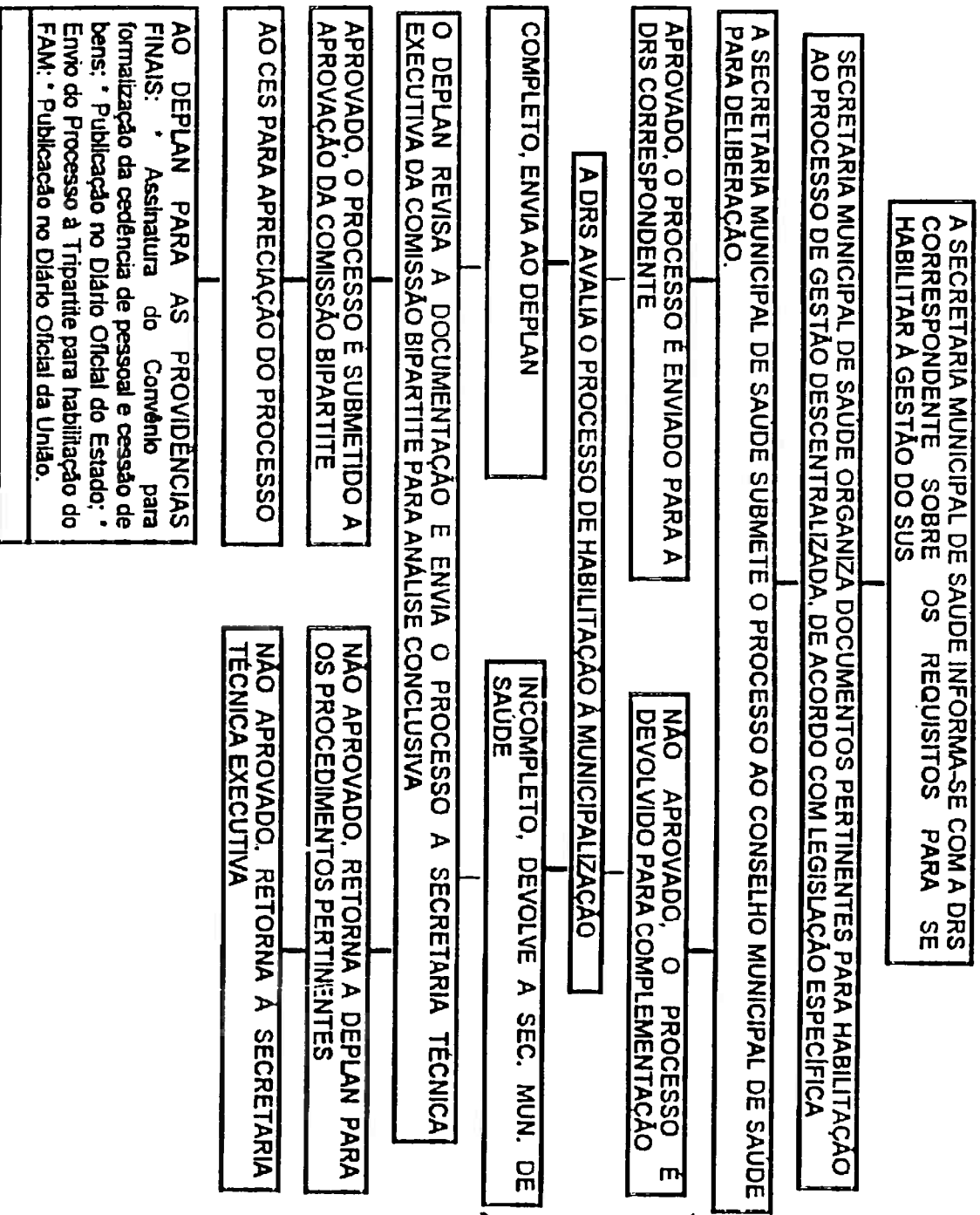
O gerenciamento destes três serviços são da competência do Estado. Eles são remunerados a partir do Fator de Apoio ao Estado - FAE. Este corresponde a 5% do recurso de cobertura ambulatorial, sendo pago em duodécimos.

f) **DESPESAS DE CUSTEIO EM SAÚDE:** os Municípios que assumem a gestão do SUS, em qualquer dos três níveis, passa a receber um recurso mensal denominado Fator de Apoio ao Município - FAM. Ele é calculado multiplicando-se a população do município por 5% do valor da UCA do Estado.

Obs.1: A Portaria/MS n° 892/94 eliminou a necessidade de convênios para a transferência do FAE e do FAM, cabendo à Comissão Bipartite encaminhar ao Ministério da Saúde apenas a comunicação da aprovação da gestão pleiteada.

Obs. 2: Quando os Municípios estiverem integrados em programas regionalizados de associativismo e similares (Consórcios), o FAM passa a ser de 7,5% para cada um dos Municípios que constituem o consórcio.

MACROFLUXO: Fluxo do Processo para Habilitação à Gestão Descentralizada da Saúde - SUS



Observação : Os Municípios poderão, sempre que considerarem oportuno, recorrer diretamente à Comissão Bipartite.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. CUNHA, Rosani. Belo Horizonte, ESMIG, 1993.

Elaboração do Texto:

**Antonio Quinto Neto - SSMMAVRS
Arlia Bergmann - FAMURS
José Jesus Ramos - SSMMAVRS**

LISTA DE CONSELHEIROS DO CES/RS
ORDEM ALFABÉTICA

ADALGIZA BALSEMÃO ARAÚJO (T) - SINDSEPE
ADÃO GOMES SOARES (S) - FRACAB
ANA MARIA DAIX VALLS ATZ (S) - EMATER-RS
ANDRÉA MARTA RITTER (S) - FAMURS
ÂNGELA BASSOTO (T) - Associação dos Secretários Municipais de Saúde
ARLINDO CASARIN (T) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ARI JOSÉ PERTUZATTI (T) - CUT
ARITA BERGMAN (T) - FAMURS
ARTEMIZA TOMAZZONI COSTA (S) - Representação dos Nutricionistas
BÁRBARA CELIS MACUCCO MATZENBACHER (T) - Representação dos Enfermeiros
BEATRIZ WALDMANN (S) - Representação dos Enfermeiros
CARLOS ALBERTO SOUZA MACEDO (S) - FARSUL
CARLOS ALEXANDRE GEYER (T) - FIERGS
CARLOS CÉSAR SILVA DE ALBUQUERQUE (T) - FARSUL
CARLOS KARLINSKI (T) - FETAGRS
CARLOS PEREIRA DA ROSA (T) - FRACAB
CÉLIO GOLIM (S) - GAPPA
CIRNE PLÁCTO TISSATO (S) - FEDERASUL
CIZINO RISSO ROCHA (S) - Representação dos Odontólogos
CLAUDIO JOSÉ ALLGAYER (S) - Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul
CLÁDIO LUIZ CORREA DA SILVA (S) - CGT

CLEUSA M. M. PINTO (T) - SSMA

DARCISIO PAULO PERONDI (S) - Federação das Misericórdias do Rio Grande do Sul

DÉBORA SCARIOT (T) - Representação das pessoas portadoras de deficiência

EDSON LUIZ CALDART (T) - Companhia Riograndense de Saneamento

ÊNIO LUIZ FRIZZO (T) - Conselho Regional de Saúde 4a. DRS

ERNESTO LLOPART DE CASTRO (T) - ADFG Amigos da Terra

FERNANDO DE SOUZA BOESE (S) - SSMA

FLÁVIO LEWGOY (T) - AGAPAN

GILBERTO SOARES DA SILVA TELLES (T) - FEDERASUL

GLÁDIO PRESTES DE MORAES (T) - Federação das Misericórdias do Rio Grande do Sul

GRAZIELA BEATRIZ CASTRO (S) - FIERGGS

GUILHERME DORNELLES (S) - AGAPAN

HORÁCIO SEBASTIAN DEVITTA (S) - Representação das pessoas portadoras de deficiência

IARA ROSA LEITE (S) - Representação das Entidades de Defesa do Consumidor

IRINEU GRINBERG (T) - Sindicato dos Laboratórios

IVO FORTES DOS SANTOS (T) - FRACAB

JACINTA LEHMEN STHAL (S) - Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico do Ministério da Saúde/RS

JORGE ANDRÉ FAUTH (S) - ADFG Amigos da Terra

JOSÉ ANTONIO PIOVESAN (S) - Conselho Regional de Saúde da 4a. DRS

JOSÉ ILDO SILVEIRA RAMOS (T) - FETAPERGS

JOSÉ VANDERLEI FRANÇA (T) - Conselho Regional de Saúde da 5a. DRS

JUAN VICENTI SANTINI (S) - FETAG/RS

JUREMA ANTUNES DE ASSUNÇÃO (T) - EMATER-RS

LARISSA BELTRÃO GOMES (S) - Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais

LIA BRUNILAZZARONI (T) - Secretaria de Justiça, do Trabalho e da Cidadania

LISIANE BRAGA LUZ PEIXOTO (T) - FETAG/RS

LÚCIO BORGES BARCELOS (S) - SINDSEPE

LUIZ AUGUSTO PEREIRA (S) - Representação dos Médicos

LUIZ LEPPA (S) - FETAPERGS

LISIANE BRAGA LUZ PEIXOTO (T) - FETAG/RS

MARCO ANTÔNIO GARCIA JUSTINO (S) - CUT

MARCO AURÉLIO MULLER (T) - Associação Gaúcha das Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde Ambulatoriais

MARIA DE FÁTIMA BUENO FISCHER (T) - Representação dos Psicólogos

MARIA EUNICE HOFHEINZ GIACOMONI (T) - - Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico do Ministério da Saúde/RS

MARIA IVANILDA FERREIRA VERNIER (T) - SSMA

MARIA LÍGIA RIBAS CASTILHOS (T) - Representação dos Assistentes Sociais

MARIA LILIA DALEIRO (T) - CUT

MARIA SCHEIBEL (S) - CNBB

MÁRIO BALDASSO (S) - Companhia Riograndense de Saneamento

MARLENE SCHMIDT (S) - Representação dos Psicólogos

MARLONEI SILVEIRA DOS SANTOS (T) - Representação dos Médicos

MILCLADES STRICHER (T) - Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais

MIRIAM LEHMANN (S) - Associação dos Secretários Municipais de Saúde

MIRIAM THAIS DIAS (S) - Representação dos Assistentes Sociais

MIRIAM WEBER (T) - GAPPA

NADIA MARTIMIANO (T) - Secretaria da Educação
NAIR ESTHER DOS SANTOS MACHADO (T) - CGT
NILZIO EDUARDO DA SILVA BARBOSA (S) - Associação Gaúcha das Entidades
Presadoras de Serviços de Saúde Ambulatoriais
ODIL GONÇALVES GOMES (S) - FRACAB
PAULO RICARDO NUNES (S) - Fórum Gaúcho de Saúde Mental
PAULO SCHULLER MACIEL (T) - Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul
PEDRO OMAR RECH (S) - FETAG/RS
PEDRO PEDRON (S) - Conselho Regional de Saúde da 5a. DRS
REGINA FERREIRA(S) - SSMA
RÉGIS ANTÔNIO CAMPOS CRUZ (T) - Fórum Gaúcho de Saúde Mental
RENATO JORGE TRINDADE CORREA (T) - Federação dos Empregados em
Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
RICARDO HAESBAERT (S) - Representação dos Enfermeiros
ROBERTO OZELAME OCHOA (T) - Representação das Entidades de Defesa do
Consumidor
RONALDO BORDIN (S) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ROSA MADALENA ROSITO SCHAFFER (T) - Representação dos Farmacêuticos-
Bioquímicos
ROSANA MARIA DE OLIVEIRA BRITO MELLO (S) - Secretaria de Justiça, do Trabalho
e da Cidadania
ROZELMAR DA ROSA SILVA (S) - Representação dos Assistentes Sociais
SAIONARA ARAÚJO (S) - Representação dos Veterinários
SALETE MARIA PRETTO (T) - Representação dos Odontólogos
SHEILA ERNESTINA LIMA (S) - SSMA
SÉRGIO PAULO CUNHA (S) - Secretaria da Educação
SÉRGIO DERLI MENEZES HELMUT (T) - CNBB

SILVIA BEATRIZ COSTA CZERMANSKI (S) - Representação dos Farmacêuticos-
Bioquímicos

SOLANGE DE FATIMA SHAMA (T) - Representação dos Veterinários

THEODOMIRO CÉSAR XAVIER (T) - Secretaria do Planejamento e da Administração

VERA LÚCIA FRACASSO (S) - CUT

VLADIMIRO RIBEIRO DE OLIVEIRA (T) - SSMA

WOLMER ALBERTO FERRAZ CORREA (S) - Sindicato dos Laboratórios

ZÉLIA MARIA FONTOURA (S) - Federação dos Empregados em Estabelecimentos de
Serviços de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

ZILDA DE MARTINS MORAES (T) - Representação dos Nutricionistas

(T) Titular
(S) Suplente

Porto Alegre, setembro de 1994.