



CÓD: OP-020FV-24
7908403549184

FUNSAU MS

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

Agente de Serviços Hospitalares

EDITAL N. 1/2024 - SAD/SES/FUNSAU/TECNICO/MEDIO/2024

Português

1. Compreensão de textos.	5
2. Tipos de texto	5
3. Coesão e coerência.	6
4. Encontro vocálico e encontro consonantal. Dígrafos. Divisão silábica. Tonicidade.....	7
5. Ortografia Oficial - Reforma ortográfica 2009.	8
6. Acentuação gráfica.	8
7. Sinais de pontuação.	9
8. Significação das palavras: sinônimos e antônimos, homônimos, parônimos e homógrafos, denotação e conotação.....	13
9. Estrutura e formação das palavras.....	13
10. Classificação e flexão das palavras	14
11. Frase, oração, período. Termos da oração. Orações coordenadas e subordinadas	21
12. Regência nominal e verbal.	26
13. Concordância nominal e verbal.	27
14. Colocação dos pronomes pessoais oblíquos átonos.....	29
15. Correspondência Oficial: pronomes e expressões de tratamento, ofício, abreviaturas, siglas, símbolos.....	29

Noções de Informática

1. Conceitos e fundamentos básicos. Conhecimento e utilização dos principais softwares utilitários (compactadores de arquivos, chat, clientes de e-mails, reprodutores de vídeo, visualizadores de imagem, antivírus). Identificação e manipulação de arquivos. Backup de arquivos. Conceitos básicos de Hardware (Placa mãe, memórias, processadores (CPU) e disco de armazenamento HDs, CDs e DVDs). Periféricos de computadores	43
2. Noções de sistema operacional: utilização do sistema operacional Windows	44
3. Conceitos básicos sobre Linux e Software Livre	52
4. Utilização dos editores de texto, planilhas e apresentações (ambientes Microsoft Office e LibreOffice).....	55
5. Utilização e configuração de e-mail no Microsoft Outlook	65
6. Conceitos de tecnologias relacionadas à Internet e Intranet, busca e pesquisa na Web, mecanismos de busca na Web. Navegadores de internet: Internet Explorer, Mozilla, Firefox, Google Chrome	67
7. Segurança na internet; vírus de computadores; Spyware; Malware; Phishing	74
8. Transferência de arquivos pela internet	78

Conhecimentos Sobre Saúde Pública

1. A história da Saúde Pública no Brasil. Conceito de Saúde Pública e Saúde Coletiva.	81
2. A organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) - princípios, diretrizes e arcabouço legal.	83
3. Controle Social no SUS	91
4. Constituição Federal: artigos de 194 a 200.....	93
5. Lei Orgânica da Saúde - Lei n. 8.080/1990	96
6. Lei n. 8.142/1990	106

7. Decreto 7.508/2011	106
8. Determinantes sociais da saúde	110
9. Sistemas de Informação em Saúde	111
10. Humanização em Saúde; Ações de atenção à vigilância em saúde	115
11. Direitos e deveres (Lei n. 1.102, de 10 de outubro de 1990)	126

Conhecimentos Específicos

Agente de Serviços Hospitalares

1. Relações interpessoais entre paciente e colegas.	157
2. Noções básicas sobre anatomia, fisiologia, parasitologia e farmacologia	158
3. Conforto, segurança e higiene dos usuários	213
4. Programa Nacional de Imunização	222
5. Saúde e doença: conceito, sinais e condições de saúde	235
6. Conceito de doença e acidente.....	236
7. Relações humanas.	236
8. Relações interpessoais entre paciente e colegas.	239
9. Conceito de Saúde Pública e Saúde Coletiva.	239
10. A organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) - princípios, diretrizes e arcabouço legal.....	239
11. Controle Social no SUS.	239
12. Constituição Federal artigos de 194 a 200.	239
13. Lei Orgânica da Saúde - Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990	239
14. Determinantes sociais da saúde.	239
15. A estratégia de saúde da família - sua evolução, seus princípios e sua aplicação	239
16. Sistemas de Informação em Saúde.	253
17. O pacto pela Saúde.	253
18. Ações de atenção à vigilância em saúde.	290
19. Direitos e deveres (Lei n. 1.102, de 10 de outubro de 1990).....	291
20. Ética Profissional.	291

c. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.

d. Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

2. Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

a. Reduzir em 5% a razão da mortalidade materna, em 2006.

b. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.

c. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.

D. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza

1. Objetivos e metas para o controle da dengue:

a. Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;

b. Reduzir para menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006.

2. Meta para a eliminação da hanseníase:

a. Atingir o patamar de eliminação como problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

3. Metas para o controle da tuberculose:

a. Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano 4. Meta para o controle da malária

a. Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006.

5. Objetivo para o controle da Influenza

a. Implantar Plano de Contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRUPE, em 2006.

E. Promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável

1. Objetivos:

a. Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;

b. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combater ao tabagismo;

c. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;

d. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;

e. Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006.

F. Fortalecimento da Atenção Básica

1. Objetivos

a. Assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais;

b. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;

c. Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios;

d. Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos;

e. Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços;

f. Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;

g. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;

h. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada;

i. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais

II. Pacto em Defesa do SUS

A. Diretrizes

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

1. Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;

2. Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

B. Iniciativas

O Pacto em Defesa do SUS deve firmar-se através de iniciativas que busquem a:

1. Repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;

2. Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;

3. Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

C. Ações do Pacto em Defesa do SUS:

1. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;

2. Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;

3. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;

4. Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;

j. O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;

k. Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião;

l. O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

m. As regiões podem ter os seguintes formatos:

I. Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

II. Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;

III. Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados

V. Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

n. Nos casos de regiões fronteiriças, o Ministério da Saúde deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e consequente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do Colegiado de Gestão Regional.

2.3. Mecanismos de Gestão Regional

a. Para qualificar o processo de Regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB;

b. O Colegiado de Gestão Regional constitui-se num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive;

c. O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

d. Nos casos onde as CIB regionais estão constituídas por representação, e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados regionais.

e. O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

f. O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado;

g. Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados através de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes.

2.4. Etapas do processo de construção da Regionalização

2.4.1. Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR:

a. Contiguidade entre os municípios;

b. Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;

c. Existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;

d. Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;

e. Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:

I. Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;

II. O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.

III. A suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.

IV. O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.

V. O desenho garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.

2.4.2. Constituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional:

a. A constituição do Colegiado de Gestão Regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da(s) representação(ões) estadual(is).

b. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos Colegiados de Gestão Regional;

c. Constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do estado;

d. Estabelecer uma agenda regular de reuniões;

e. O funcionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:

I. Instituir um processo dinâmico de planejamento regional

II. Atualizar e acompanhar a programação pactuada e integrada da atenção à saúde

III. Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos

IV. Priorizar linhas de investimento

V. Estimular estratégias de qualificação do controle social

VI. Apoiar o processo de planejamento local

VII. Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos municípios, Distrito Federal e estados, bem como o Limite Financeiro respectivo será estabelecido em Portaria específica e detalhará os diferentes componentes que o formam, com memórias de cálculo anexas.

Comporá ainda, o bloco do financiamento da Vigilância em Saúde – componente Vigilância Epidemiológica, os recursos que se destinam às seguintes finalidades, com repasses específicos:

- I. Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em municípios e estados (VIGISUS II)
- II. Campanhas de Vacinação
- III. Incentivo do Programa DST/Aids

Os recursos alocados tratados pela Portaria GM/MS nº 1349/2002, deverão ser incorporados ao Limite Financeiro da Vigilância em Saúde do município quando o mesmo comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo.

No componente da Vigilância Sanitária, os recursos do Termo de Ajustes e Metas – TAM –, destinados e não transferidos aos municípios, Distrito Federal e estados, nos casos de existência de saldo superior a 40% dos recursos repassados no período de um semestre, constituem um Fundo de Compensação em Vigilância Sanitária, administrado pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e destinado ao financiamento de gestão e descentralização da Vigilância Sanitária.

Em estados onde o valor per capita que compõe o TAM não atinge o teto orçamentário mínimo daquele estado, a União assegurará recurso financeiro para compor o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (Pevisa).

d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização dos serviços de saúde.

O Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica organiza-se em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo:

I. Parte Fixa: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica para a atenção básica, transferido a municípios, Distrito Federal e estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos municípios e dos estados.

II. Parte Variável: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

A parte variável do Componente Básico será transferida ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos Programas específicos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos.

O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne:

- I. Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- II. Programa de DST/Aids (anti-retrovirais);
- III. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados;
- IV. Imunobiológicos;
- V. Insulina;

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste em financiamento para aquisição e distribuição de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS.

A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos Medicamentos de Dispensação Excepcional é do Ministério da Saúde e dos estados, conforme pactuação, e a dispensação, responsabilidade do estado.

O Ministério da Saúde repassará aos estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo – APAC. O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para Medicamentos de Dispensação Excepcional.

As Diretrizes a serem pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições:

- I. Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas.
 - II. Definição de percentual para o co-financiamento entre gestor estadual e gestor federal;
 - III. Revisão periódica de valores da tabela;
 - IV. Forma de aquisição e execução financeira, considerando os princípios da descentralização e economia de escala.
- e) Bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde

O financiamento para a Gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes componentes:

- I. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
- II. Planejamento e Orçamento
- III. Programação
- IV. Regionalização
- V Participação e Controle Social
- VI. Gestão do Trabalho
- VII. Educação na Saúde
- VIII. Incentivo à implementação de políticas específicas

Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por Portaria específica.

3.3. Financiamento para Investimentos

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

b. Os gestores municipais e estaduais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados estadual e nacionalmente.

c. A programação é realizada prioritariamente por áreas de atuação, a partir das ações básicas de saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade;

d. A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;

e. A programação da assistência devida buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

f. Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

g. O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

h. A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações no fluxo de atendimento ao usuário; na oferta de serviços; na tabela de procedimentos e no teto financeiro, dentre outras.

i. A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde.

j. A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

6. Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

6.1. Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

a. Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

b. Contratação - conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até à formalização do contrato na sua forma jurídica.

c. Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

d. Complexo Regulador - estratégia da Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré Hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial, avaliação, programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

e. Auditoria Assistencial ou Clínica - processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

6.2. Como princípios orientadores do processo de Regulação, fica estabelecido que:

a. Cada prestador responde apenas a um gestor;

b. A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede de assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e considerando:

I. A descentralização, municipalização e comando único;

II. A busca da escala adequada e da qualidade;

III. A complexidade da rede de serviços locais;

IV. A efetiva capacidade de regulação;

V. O desenho da rede estadual da assistência;

VI. A primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

c. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes;

d. A operação dos complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

I. Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.

II. Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.

III. Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região.

e. Modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

6.3. São metas para este Pacto, no prazo de um ano:

a. Contratualização de todos os prestadores de serviços;

b. Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;

c. Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

7. Participação e Controle Social

A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental deste pacto.

7.1. As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste pacto são:

a. Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;

b. Apoiar o processo de formação dos conselheiros;

c. Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;

d. Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;

e. Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;

f. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto;

1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS

1.1. Municípios

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União; Todo município deve:

a. Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento das urgências;

b. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

c. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

d. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

e. Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união;

f. Com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território e fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

g. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

h. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

i. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, bem como o acesso à atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

j. Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada, a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

k. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

l. Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;

m. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

n. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

o. Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

p. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

1.2. Estados

a. Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população;

b. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

c. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

d. Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;

e. Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;

f. Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

g. Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;

h. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

i. Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;

j. Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

k. Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;

l. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

m. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

n. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas; o. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;

p. Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;

q. Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;

k. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

l. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;

m. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

n. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;

o. Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

p. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

q. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

r. Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

s. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

2. Responsabilidades na Regionalização

2.1. Municípios

Todo município deve:

a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

b. Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

c. Participar dos Colegiados de Gestão Regional,, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIBs regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos Colegiados de Gestão Regional.

d. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde, no planejamento regional, no Plano Diretor de Regionalização e no Plano Diretor de Investimento; A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

e. Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos Colegiados de Gestão Regional.

2.2. Estados

a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

b. Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;

c. Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização;

d. Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

e. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

f. Participar dos Colegiados de Gestão Regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;

g. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde, no planejamento regional, no Plano Diretor de Regionalização e no Plano Diretor de Investimento.

2.3. Distrito Federal

a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

b. Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização;

c. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

d. Participar dos Colegiados de Gestão Regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;

e. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde do Distrito Federal, no planejamento regional, no Plano Diretor de Regionalização e no Plano Diretor de Investimento;

f. Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

2.4. União

a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

b. Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;

c. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;

d. Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

e. Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus Colegiados de Gestão Regional.

e. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito nacional;

f. Gerenciar, manter e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantem a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e a preparação para a realização de pagamentos;

g. Desenvolver e gerenciar Sistemas de Informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

4. Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

4.1. Municípios

Todo município deve:

a. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

b. Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços;

c. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

d. Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

e. Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;

f. Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

g. Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber; As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

h. Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

i. Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais.

j. Executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

k. Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

l. Elaborar contratos com os prestadores de serviços de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

m. Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

n. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

o. Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;

p. Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análises de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

q. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

r. Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;

s. Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

4.2. Estados

a. Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

b. Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

c. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;

d. Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do Pacto de Gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

e. Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços;

f. Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;

g. Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;

h. Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

i. Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;

j. Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

k. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

l. Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;

m. Operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;

n. Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;