

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**Secretaria-Executiva**

**Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento**

**Unidade de Gestão do Projeto - UGP**



**MANUAL OPERACIONAL**

**VOLUME 1**

**DOCUMENTO-BASE**

Presidente da República

**Dilma Vana Rousseff**

Vice-Presidente

**Michel Miguel Elias Temer Lulia**

Ministro da Saúde

**Alexandre Rocha Santos Padilha**

Secretária-Executiva

**Márcia Aparecida Amaral**

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS</b>	<b>05</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>1 CONTEXTO.....</b>	<b>11</b>
1.1 Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde	13
<b>2 MARCO CONCEITUAL.....</b>	<b>16</b>
2.1 Integração Horizontal e Vertical na RAS	17
2.2 Processos de Substituição	18
2.3 Região de Saúde	18
2.4 Níveis de Atenção	19
2.5 Elementos Constitutivos da Rede de Atenção à Saúde	19
2.5.1 Estrutura Operacional .....	19
2.5.2 Modelo de Atenção à Saúde .....	23
<b>3 O PROJETO QUALISUS-REDE.....</b>	<b>25</b>
3.1 Objetivo do Projeto	25
3.1.1 Objetivos Específicos.....	25
3.2 Estratégias Centrais do Projeto, Descrição dos Componentes e Áreas de Financiamento	26
3.2.1 Estratégias de atuação .....	26
3.2.2 Descrição dos Componentes e Áreas de Financiamento.....	26
3.3 Componente 1 – Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde	27
3.4 Componente 2 – Desenvolvimento de Intervenções Sistêmicas Estratégicas	34
3.5 Componente 3 – Gestão do Projeto	35
3.6 Fases, Etapas e Operação do Projeto	35
3.7 Monitoramento e Avaliação do Projeto	36
3.8 Custos e Financiamento	36
<b>4 GESTÃO DO PROJETO QUALISUS-REDE .....</b>	<b>36</b>
4.1 Comitê Gestor de Implementação - CGI	37
4.2 Unidade de Gestão do Projeto QualiSUS-Rede – UGP	38
4.3 Forma de Gerenciamento	39

<b>5 POLÍTICAS DE SALVAGUARDA E PROTEÇÃO .....</b>	<b>42</b>
5.1 Proteção aos Povos Indígenas	42
5.1.1 Antecedentes .....	42
5.1.2 Marco Institucional .....	43
5.1.3 Conclusões e Marco Indígena para Regiões não Metropolitanas .....	45
5.2 Proteção Ambiental	46
5.2.1 Avaliação Ambiental Sumária .....	46
5.2.2 Políticas de proteção.....	47
5.2.3 Impactos Ambientais Gerais .....	47
5.2.4 Estrutura Regulamentar e Diretrizes de Construção .....	49
5.2.5 Gestão de Lixo Hospitalar .....	49
5.2.6 Códigos de Construção para os Estabelecimentos de Saúde .....	50
5.2.7 Consultas .....	50
5.2.8 Marco Ambiental.....	51
5.2.9 Lista de verificação .....	54
5.2.10 Recomendações finais.....	55

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AB</b>	<b>Atenção Básica</b>
<b>AID</b>	<b>Associação Internacional para o Desenvolvimento</b>
<b>ANVISA</b>	<b>Agência Nacional de Vigilância Sanitária</b>
<b>ANS</b>	<b>Agência Nacional de Saúde Suplementar</b>
<b>APS</b>	<b>Atenção Primária à Saúde</b>
<b>BIRD</b>	<b>Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Banco Mundial)</b>
<b>CA</b>	<b>Câncer</b>
<b>CCONT</b>	<b>Coordenação de Contabilidade</b>
<b>CD/SS</b>	<b>Seleção de Fonte Única ou Contratação Direta/Single-Source Selection</b>
<b>CGESP</b>	<b>Coordenação Geral de Gestão de Pessoas</b>
<b>CGI</b>	<b>Comitê Gestor de Implementação do Projeto QualiSUS-Rede</b>
<b>CGC</b>	<b>Cadastro Geral de Contribuintes</b>
<b>CIR</b>	<b>Comissão Intergestores Regional</b>
<b>CIB</b>	<b>Comissão Intergestores Bipartite</b>
<b>CIT</b>	<b>Comissão Intergestores Tripartite</b>
<b>CLT</b>	<b>Consolidação das Leis do Trabalho</b>
<b>CNES</b>	<b>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</b>
<b>CNPJ</b>	<b>Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica</b>
<b>COAP</b>	<b>Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde</b>
<b>COMPRASNET</b>	<b>Portal de Compras do Governo Federal</b>
<b>CONASEMS</b>	<b>Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde</b>
<b>CONASS</b>	<b>Conselho Nacional de Secretários de Saúde</b>
<b>CONJUR</b>	<b>Consultoria Jurídica</b>
<b>COSEMS</b>	<b>Colegiado Regional de Secretários Municipais de Saúde</b>
<b>CR</b>	<b>Central de Regulação</b>
<b>DARA</b>	<b>Departamento de Articulação de Redes de Atenção</b>
<b>DATASUS</b>	<b>Departamento de Informação e Informática do SUS</b>
<b>DB</b>	<b>Depósito Bancário</b>
<b>DECIT</b>	<b>Departamento de Ciência e Tecnologia</b>
<b>DOU</b>	<b>Diário Oficial da União</b>
<b>DRG</b>	<b>Diagnostic Related Groups</b>
<b>DSEI</b>	<b>Distritos Sanitários Especiais Indígenas</b>
<b>DST</b>	<b>Doenças Sexualmente Transmissíveis</b>
<b>EC29</b>	<b>Emenda Constitucional Nº 29/2000</b>
<b>E-MAIL</b>	<b>Mensagem eletrônica</b>
<b>ESF</b>	<b>Estratégia Saúde da Família</b>
<b>FES</b>	<b>Fundo Estadual de Saúde</b>
<b>FIOCRUZ</b>	<b>Fundação Oswaldo Cruz</b>
<b>FGTS</b>	<b>Fundo de Garantia do Tempo de Serviço</b>
<b>FNS</b>	<b>Fundo Nacional de Saúde</b>
<b>GC</b>	<b>Grupo Condutor</b>
<b>GM</b>	<b>Gabinete do Ministro da Saúde</b>

---

<b>IBGE</b>	<b>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</b>
<b>ICB</b>	<b>International Competitive Bidding (Concorrência Internacional)</b>
<b>IES</b>	<b>Instituições de Ensino Superior</b>
<b>IFR</b>	<b>Relatório de Gerenciamento Financeiro do Projeto</b>
<b>INSS</b>	<b>Instituto Nacional do Seguro Social</b>
<b>IPEA</b>	<b>Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada</b>
<b>LC</b>	<b>Linha de Cuidado</b>
<b>MAC</b>	<b>Média e Alta Complexidade</b>
<b>MC</b>	<b>Média Complexidade</b>
<b>MEMO</b>	<b>Memorando</b>
<b>MF</b>	<b>Ministério da Fazenda</b>
<b>MOP</b>	<b>Manual Operacional</b>
<b>MS</b>	<b>Ministério da Saúde</b>
<b>NC</b>	<b>Nota de Movimentação de Crédito Orçamentário</b>
<b>NCB</b>	<b>National Competitive Bidding (Licitação Pública Nacional)</b>
<b>NE</b>	<b>Nota de Empenho</b>
<b>NF</b>	<b>Nota Fiscal</b>
<b>NL</b>	<b>Nota de Lançamento</b>
<b>OB</b>	<b>Ordem Bancária</b>
<b>ORE</b>	<b>Órgão Responsável pela Execução</b>
<b>OSCIPI</b>	<b>Organização da Sociedade Civil de Interesse Público</b>
<b>PA</b>	<b>Plano de Aquisição</b>
<b>PACS</b>	<b>Programa de Agentes Comunitários de Saúde</b>
<b>PDI</b>	<b>Plano Diretor de Investimento</b>
<b>PDR</b>	<b>Plano Diretor de Regionalização</b>
<b>PEP</b>	<b>Plano de Educação Permanente</b>
<b>PF</b>	<b>Programação Financeira</b>
<b>PLANEJASUS</b>	<b>Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde</b>
<b>PMAQ</b>	<b>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica</b>
<b>PNUD</b>	<b>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento</b>
<b>POA</b>	<b>Plano Operativo Anual</b>
<b>PPI</b>	<b>Programação Pactuada e Integrada</b>
<b>PR</b>	<b>Pedido de Reembolso</b>
<b>PROESF</b>	<b>Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família</b>
<b>PSB</b>	<b>Programa Saúde Bucal</b>
<b>PT</b>	<b>Portaria</b>
<b>PTA</b>	<b>Plano de Trabalho Anual</b>
<b>QUALISUS-REDE</b>	<b>Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde</b>
<b>RAS</b>	<b>Redes de Atenção à Saúde</b>
<b>RENAME</b>	<b>Relação Nacional de Medicamentos Essenciais</b>
<b>RENASES</b>	<b>Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde</b>
<b>RH</b>	<b>Recursos Humanos</b>
<b>RM</b>	<b>Região Metropolitana</b>
<b>RT</b>	<b>Região Tipo</b>
<b>SAA</b>	<b>Subsecretaria de Assuntos Administrativos</b>

---

---

<b>SADT</b>	<b>Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico</b>
<b>SAMU</b>	<b>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência</b>
<b>SAS</b>	<b>Secretaria de Atenção à Saúde</b>
<b>SBD</b>	<b>Standard Bidding Document (Documento Padrão de Licitações)</b>
<b>SCPD</b>	<b>Sistema de Concessão de Passagens e Diárias</b>
<b>SCTIE</b>	<b>Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos</b>
<b>SE</b>	<b>Secretaria-Executiva</b>
<b>SEAIN</b>	<b>Secretaria Especial de Assuntos Internacionais</b>
<b>SES</b>	<b>Secretaria de Estado da Saúde</b>
<b>SESAI</b>	<b>Secretaria Especial de Saúde Indígena</b>
<b>SGEP</b>	<b>Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa</b>
<b>SGTES</b>	<b>Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde</b>
<b>SIAFEM</b>	<b>Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios</b>
<b>SIAFI</b>	<b>Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal</b>
<b>SIASI</b>	<b>Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena</b>
<b>SIH</b>	<b>Sistema de Informações Hospitalares</b>
<b>SISBACEN</b>	<b>Sistema de Operações, Registro e Controle do Banco Central</b>
<b>SISG</b>	<b>Sistema de Serviços Gerais</b>
<b>SISP</b>	<b>Sistema de Recursos de Informação e Informática</b>
<b>SISPEC</b>	<b>Sistema de Gestão do Pessoal Civil da União</b>
<b>SISREG</b>	<b>Sistema Nacional de Regulação</b>
<b>SMS</b>	<b>Secretaria Municipal de Saúde</b>
<b>SOE</b>	<b>Statement of Expenditure (Declaração de Gastos Efetivos)</b>
<b>SP</b>	<b>Solicitação de Pagamento</b>
<b>SPO</b>	<b>Subsecretaria de Planejamento e Orçamento</b>
<b>SQC</b>	<b>Seleção Baseada na Qualificação do Consultor</b>
<b>STN</b>	<b>Secretaria do Tesouro Nacional</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>SVS</b>	<b>Secretaria de Vigilância em Saúde</b>
<b>TR</b>	<b>Termo de Referência</b>
<b>UBS</b>	<b>Unidade Básica de Saúde</b>
<b>U&amp;E</b>	<b>Urgência e Emergência</b>
<b>UF</b>	<b>Unidade da Federação</b>
<b>UGP</b>	<b>Unidade de Gestão do Projeto</b>
<b>USD</b>	<b>Dólar norte-americano</b>

---

## APRESENTAÇÃO

O Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em seu discurso de posse elencou ações prioritárias para essa gestão, que culminaram na definição de 16 objetivos estratégicos para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde- SUS. Além disso, ressaltou a importância de uma maior integração das Secretarias que compõe o Ministério e a criação um indicador nacional de garantia da qualidade de acesso.

Os objetivos estratégicos são:

- Garantir acesso de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos cidadãos, aprimorando a Política de Atenção Básica e Atenção Especializada;
- Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança implementar a Rede Cegonha ;
- Aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com as outras redes de atenção;
- Fortalecer a rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas;
- Garantir atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores doenças crônicas em todos os níveis de atenção;
- Reduzir os riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, com especial atenção no combate à dengue;
- Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais;
- Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde;
- Garantir assistência farmacêutica no âmbito do SUS;
- Fortalecer o complexo produtivo de ciência, tecnologia e inovação em saúde com vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico e social sustentável, reduzindo e vulnerabilidade do acesso à saúde;

- Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão por resultados, participação social e financiamento estável;
- Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS;
- Aprimorar a regulação e a fiscalização da saúde suplementar, articulando a relação público-privado, gerando maior racionalidade e qualidade no setor saúde;
- Representar e defender internacionalmente os interesses brasileiros no campo da saúde, bem como partilhar as experiências e saberes do SUS com outros países em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira;
- Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento;
- Contribuir para erradicar a extrema pobreza no país.

A conformação de redes de atenção à saúde é uma das estratégias que visa contribuir para o alcance desses objetivos. Nesse contexto, o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede - é uma proposta de intervenção para apoiar a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil. Trata-se de um projeto de cooperação entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde que visa somar-se aos esforços permanentes de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O Projeto QualiSUS-REDE destina-se à implantação de quinze experiências de redes de atenção à saúde nos vários estados brasileiros, sendo dez experiências em Regiões de Saúde, vinculadas às regiões metropolitanas (RM), e cinco Regiões denominadas Tipo, segundo singularidades. Resulta de um amplo processo de discussão que envolveu, no âmbito do Comitê Gestor de Implementação (CGI), representantes de todas as secretarias do Ministério da Saúde, além de técnicos do Banco Mundial e da equipe técnica do projeto.

### **A quem se destina o Manual**

O Manual Operacional, composto por 07 volumes, destina-se às equipes gestoras do Projeto QualiSUS-Rede, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, e também deve ser

utilizado como instrumento de divulgação e consulta para a resolução de problemas operativos associados ao Projeto.

O Volume 01 – Documento-Base expõe a justificativa, o marco conceitual, a proposta de atuação com os objetivos, estratégias e beneficiários do projeto, assim como sua estrutura com o detalhamento de seus Componentes e seu desenvolvimento, custos e financiamento e indicadores de avaliação.

## **Dúvidas**

As dúvidas, que porventura ocorram na utilização desse Manual, poderão ser esclarecidas pelo e-mail [qualisus@saud.gov.br](mailto:qualisus@saud.gov.br).

## **Sugestões e atualizações**

No decorrer da execução do Projeto algumas informações do Manual Operacional poderão sofrer atualizações. As sugestões para atualização do Manual deverão ser remetidas à UGP pelo e-mail: [qualisus@saud.gov.br](mailto:qualisus@saud.gov.br).

## **QualiSUS-Rede - Manual Operacional**

Volume 01 – Documento-Base

Volume 02 – Adesão ao Projeto e Formulação das Propostas dos Subprojetos

Volume 03 – Componente 2: Intervenções Sistêmica Estratégicas

Volume 04 – Gestão dos Subprojetos Regionais

Volume 05 – Execução Financeira

Volume 06 – Execução das Aquisições e Contratações

Volume 07 – Monitoramento e Avaliação

## 1 CONTEXTO

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil tem mostrado significativos avanços desde sua criação pela Constituição de 1988. Esses avanços podem ser particularmente percebidos em relação à ampliação da cobertura, à melhoria da assistência e aos seus mecanismos de gestão. Entretanto, ainda há muitos desafios a serem superados na perspectiva de garantir a integralidade na atenção à saúde, a integração dos instrumentos de planejamento, o aumento do financiamento, a qualificação da atenção e da gestão, a articulação interfederativa, a melhoria do acesso e a organização de redes de atenção à saúde.

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde, visa contribuir para com a política de Governo de diminuição das desigualdades regionais e combate à miséria. O Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e oferece novas perspectivas para o enfrentamento dos desafios apontados.

A região de saúde passa a ser a base de organização do SUS, sendo referência para as transferências de recursos entre os entes federativos e para a elaboração e execução dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP). A região de saúde tem por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Comissões Intergestores Regional (CIR) são as instâncias onde se efetiva a gestão compartilhada.

As redes de atenção à saúde, definidas como um conjunto de ações e serviços de saúde articulada em níveis de complexidade crescente tem por finalidade garantir a integralidade da assistência à saúde. A organização das redes ocorre por meio dos COAP e deve observar a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAM).

A conformação de redes temáticas de cuidado em saúde é uma estratégia prioritária do Ministério da Saúde. Ao todo são quatro tipos de redes temáticas: Cegonha; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial, com ênfase no cuidado aos usuários de Álcool, Crack e outras drogas; Rede de Atenção Básica em Saúde e Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

O Projeto QualiSUS-Rede deve contribuir para a implementação das redes de atenção à saúde no Brasil, tendo como desafio superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde e qualificar a gestão e o cuidado em saúde

Para tanto, a estruturação de redes de atenção à saúde (RAS) eficientes e efetivas, que considerem a integralidade na atenção à saúde e ao mesmo tempo respeitem a lógica de economia de escala na produção de serviços especializados, deve ser compreendida no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Nesta perspectiva, é necessário considerar, pela sua magnitude, a diversidade da realidade social, política e administrativa do país e sua extensa área territorial, na qual são expressivas as diferenças locorregionais e a diversidade organizacional e operativa da rede de serviços de saúde. A constatação de territórios com “vazios assistenciais”, que paradoxalmente convivem com o excesso de serviços em outras localidades, por vezes circunvizinhas, reafirma a desigualdade de oferta e de utilização nos acessos a insumos e bens de serviços de saúde.

Deve-se considerar também, as características do sistema federativo brasileiro no qual os gestores da saúde representam entes federativos autônomos, o que exigiu o estabelecimento de espaços de gestão tripartite para que se garantisse a governabilidade do SUS. Esses processos de gestão tripartite, essenciais para a conformação de redes de atenção à saúde, foram orientados pelo Pacto pela Saúde (2006) e estão regulamentados pelo Decreto nº 7.508/2011.

O Pacto pela Saúde, firmado entre os representantes dos três níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), divulgado pela Portaria GM/MS nº 399/2006 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 699/2006 constitui-se uma unidade de princípios que:

[...] respeita as diferenças locorregionais, agrupa os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e

avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. (BRASIL, 2006a, p. 7).

Por sua vez, o Decreto nº 7.508/2011 visa a consolidação da estrutura organizativa do SUS e o seu fortalecimento, dispondo sobre:

[...] a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dando outras providências. (BRASIL, 2011, p. 4).

Neste cenário, ao ter como propósito contribuir para a qualificação da atenção e da gestão em saúde no âmbito do SUS por meio da conformação de redes de atenção à saúde, o Projeto QualiSUS-Rede representa um importante instrumento para a consolidação desse sistema.

### **1.1 Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde**

Com o objetivo de auxiliar tecnicamente na implementação do Projeto as Secretarias que compõem o Ministério da Saúde poderão participar das atividades de acordo suas competências, as mesmas estão abaixo descritas:

A Secretaria de Atenção à Saúde tem como competência geral a formulação e implementação da política nacional de assistência à saúde para o SUS. Com o estabelecimento dos protocolos clínicos e diretrizes de atenção, promoção e recuperação da saúde, esta Secretaria tem papel importante para o fomento das ações. Seus departamentos que enfocam dentre outras coisas as ações programáticas e estratégicas, atenção básica, média e alta complexidade, atenção especializada, podem inserir ações ao QualiSUS-Rede. Futuros projetos de cooperação nacional poderão auxiliar no fortalecimento das regiões de saúde, bem como as diversas políticas de urgência e emergência, álcool, drogas, saúde da mulher, saúde da família dentre outros.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde tem como competência geral a formulação e a coordenação das Políticas de formação e desenvolvimento profissional para o SUS, a regulação das profissões e a articulação com os movimentos sindicais e sociais, garantindo os direitos dos trabalhadores e a democratização das relações de trabalho. Esta Secretaria fomentará

os Componentes do QualiSUS-Rede, no que se refere a desenvolver competências dos trabalhadores, delinear as diretrizes para a educação e capacitação dos profissionais do SUS, bem como estabelecer parcerias com Universidades, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos tem como competência geral a formulação e coordenação das Políticas Nacionais de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos; com o fomento, pesquisa e incorporação de tecnologias inovadoras para o SUS esta Secretaria poderá fomentar o fortalecimento do Sistema por meio da agenda de pesquisa em saúde e do complexo industrial. Além da sistemática de Assistência Farmacêutica e ações da Farmácia popular do Brasil.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa tem como competência geral a formulação de políticas para o aprimoramento da gestão do SUS mediante articulações interfederativas; a formulação e implementação da política de gestão democrática e participativa do SUS; a auditoria e fiscalização no âmbito do SUS; por meio da participação popular e do controle social, e a política de informação e informática do SUS. Essa Secretaria captará as demandas dos gestores públicos e da sociedade civil organizada, focando as ações do projeto para as necessidades específicas e equânimes da população. Projetos de ouvidoria da Rede QualiSUS-Rede poderão dar excelência estratégica ao projeto.

A Secretaria de Vigilância em Saúde tem como competência geral a coordenação e gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde; ações de vigilância epidemiológica, combate a dengue, malária, bem como imunização, servirão de suporte estratégico ao QualiSUS-Rede.

A sexta secretaria criada a partir do Decreto nº 7.336 de 19 de outubro de 2010 foi a Secretaria Especial de Saúde Indígena e a mesma tem como competência a coordenação da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Por seu caráter Especial, esta secretaria congrega todas as ações articuladas das demais secretarias finalísticas do MS. O Subsistema de Atenção Indígena, com seus distritos sanitários, servirão de parceiros estratégicos para as ações do QualiSUS-Rede, principalmente as relacionadas às regiões não metropolitanas que recebem as populações indígenas.

Deste modo, cada uma das seis secretarias, que compõem o ministério, poderá auxiliar na implementação do QualiSUS-Rede e trabalhará de forma integrada e interdependente.

O Projeto contará ainda com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que atuará no desenvolvimento de processos formativos, tecnologias de planejamento, monitoramento e avaliação para o aperfeiçoamento da gestão da RAS. Considerando a necessidade de aprofundar o conhecimento, ampliar a capacidade de formulação dos gestores e das equipes técnicas envolvidas nos Subprojetos e o consequente processo de monitoramento e avaliação das ações financiadas pelo Projeto, torna-se necessário o desenvolvimento de esforços conjuntos do MS e FIOCRUZ para construir novos marcos na direção do desenvolvimento de capacidade gestora, intervenções estratégicas na estruturação das RAS, tecnologias funcionais de apoio e metodologias operativas de implantação de RAS em diferentes realidades e níveis de gestão.

## 2 MARCO CONCEITUAL

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços da atenção primária; da atenção de urgência e emergência; da atenção psicossocial; e de ações e serviços especiais de acesso aberto.

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Para atingir esses objetivos, os gestores do sistema e dos serviços acordam processos de contratualização, pactuando entre si os compromissos para o cuidado da saúde dos usuários do SUS nos três níveis de atenção, a saber: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

Esse mecanismo de gestão visa garantir não apenas o cuidado integral aos que necessitam de ações e serviços de saúde, mas alcançar a macro eficiência para o conjunto do sistema e superar problemas cruciais como:

- Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados;
- O contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, que pode ser enfrentado pela introdução de ferramentas de microgestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional;
- Ausência da participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização.

Considerando a necessidade de fortalecimento da APS vigente, no que se refere à prática dos seus atributos essenciais, a contratualização das ações de saúde a partir do primeiro nível de atenção tem sido apontada como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde.

Adicionalmente, estratégias de articulação como a análise da situação de saúde, a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação, a existência de complexos reguladores, as ações estruturantes de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para a implementação de um modelo de atenção de saúde, pautado na defesa da vida.

## **2.1 Integração Horizontal e Vertical na RAS**

Na construção da RAS, devem-se observar os conceitos de integração vertical e horizontal, que vêm da teoria econômica e estão associados às concepções relativas às cadeias produtivas:

- Integração Vertical - consiste na articulação entre organizações e\ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de distintas naturezas complementares entre si, maior resolubilidade e melhor qualidade neste processo.
- Integração Horizontal - consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades,

ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

## **2.2 Processos de Substituição**

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção adequada, no lugar adequado, com o custo adequado e no tempo adequado.

A substituição pode ocorrer nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica. Exemplo: mudar o local da atenção prestada do hospital para o domicílio; transição do cuidado profissional para o auto-cuidado; delegação de funções entre os membros da equipe multiprofissional, etc.

## **2.3 Região de Saúde**

A Região de Saúde é compreendida como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Cada região de Saúde deverá conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde, sendo referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Os entes federativos definirão os elementos necessários para a conformação das Regiões de Saúde, tais como a definição dos seus limites geográficos; da população usuária das ações e serviços; do rol de ações e serviços que serão ofertados; e as respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

A organização da RAS está compreendida no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

A definição adequada da abrangência dessas regiões e a identificação clara da população e de suas necessidades em saúde são essenciais para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observados o Decreto 7.508/2011 e as pactuações entre os Estados e os municípios para o processo de regionalização e parametrização das escala e acesso, visando a preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade e assegurar a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção.

## **2.4 Níveis de Atenção**

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

## **2.5 Elementos Constitutivos da Rede de Atenção à Saúde**

A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional por uma lógica de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

### **2.5.1 Estrutura Operacional**

A estrutura operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os Componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

- **APS - Centro de Comunicação tópico**

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela Atenção Primária à Saúde, sendo ela o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Cabe a APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

- **Sistemas de Apoio**

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos, equipamentos médicos e produtos de uso em saúde; e pelos sistemas de informação em saúde.

- **Sistemas Logísticos**

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical.

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contra-referência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

- **Sistema de Governança**

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, as Comissões Intergestores Regionais – CIR, desempenham papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretarem a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

No processo de governança serão utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional regulamentados pelo Decreto nº 7.508/2011, como o Mapa da Saúde, a RENAME, a RENASES, o COAP e as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR).

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, garantindo uma gestão participativa com estratégias para a **avaliação do usuário** como ferramenta de melhoria; processo de apuração das

**necessidades e interesses** do usuário; dar **publicidade dos direitos e deveres do usuário** em todas as unidades do SUS, inclusive nas unidades privadas (rede complementar). , assegurando assim, a continuidade e resolutividade do cuidado à saúde para o usuário.

O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido na CIR, estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis.

Esse planejamento deverá ainda seguir a mesma sistemática do processo de elaboração do planejamento municipal/estadual, considerando os pressupostos e características do Sistema de Planejamento do SUS, no tocante à construção de seus instrumentos básicos.

Os planos municipais de saúde do conjunto de municípios da região, e o plano estadual de saúde, são subsídios essenciais ao processo de planejamento regional respectivo e são influenciados pelo resultado deste.

Outro importante instrumento para o planejamento regional é o Mapa da Saúde, o qual reflete a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

O processo de planejamento regional fomentará a construção do Mapa de Metas regional, que permitirá o monitoramento e a avaliação, por parte dos gestores públicos e do controle social das metas acordadas entre os gestores, bem como, a definição dos recursos financeiros necessários. Ainda no âmbito regional será construído o COAP, definido como um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

O COAP definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de Saúde previstas no COAP.

Como parte intrínseca à governança da RAS, seu financiamento é atribuição comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade.

### **2.5.2 Modelo de Atenção à Saúde**

O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios impostos pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à eficiência e qualidade do SUS.

As atuais diretrizes do Ministério da Saúde relacionadas à conformação de Redes Assistenciais orientadas e coordenadas pela atenção básica inserem-se em um contexto no qual o Governo Federal, progressivamente, se compromete e desenvolve ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS.

Neste cenário, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Entre os seus objetivos específicos, destaca-se:

- Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de expansão do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários e na eficiência do sistema de saúde;
- Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Auto avaliação, Monitoramento, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;
- Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;
- Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base em resultados; e
- Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

### **3 O PROJETO QUALISUS-REDE**

O Projeto QualiSUS-Rede foi instituído como estratégia de apoio à organização de redes de atenção à saúde no Brasil em desenvolvimento a partir de 2011 e com previsão de término para junho de 2014. O Projeto QualiSUS-Rede abrangerá dez experiências em Regiões de Saúde, vinculadas às regiões metropolitanas (RM), e cinco Regiões denominadas Tipo, segundo singularidades. Assim, os recursos financiarão 15 subprojetos, que, por sua vez, apoiarão à organização da RAS em todos os seus componentes, em 17 estados, devido às peculiaridades das Regiões Tipo.

#### **3.1 Objetivo do Projeto**

Contribuir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para a qualificação da atenção, gestão em saúde e gestão e desenvolvimento de tecnologias, por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e da qualificação do cuidado em saúde.

##### **3.1.1 Objetivos Específicos**

- Organizar, no âmbito do SUS, redes de atenção à saúde que considerem o protagonismo da atenção primária no seu ordenamento.
- Priorizar os investimentos na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar); na atenção de urgência e emergência; e no aprimoramento dos sistemas logísticos de suporte à rede.
- Aumentar a eficiência alocativa e produtiva do SUS.
- Instituir e aprimorar mecanismos de gestão de tecnologia de uso em saúde.
- Apoiar o desenvolvimento de tecnologias estratégicas ao SUS.
- Fortalecer a regionalização, a contratualização, a regulação do acesso, a responsabilização dos gestores e a participação social.
- Qualificar o cuidado em saúde, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado, processos de capacitação profissional e de desenvolvimento de carreiras.
- Melhorar a efetividade e a resolubilidade da prestação de ações e serviços de saúde para a população.

- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos voltados: à melhoria da qualidade da atenção e da gestão em saúde; ao desenvolvimento de metodologias e processos de avaliação e gestão da qualidade; e à gestão da inovação tecnológica em saúde.
- Fortalecer a gestão, monitoramento e controle da qualidade de tecnologias.

### **3.2 Estratégias Centrais do Projeto, Descrição dos Componentes e Áreas de Financiamento**

#### **3.2.1 Estratégias de atuação**

- Apoiar o desenvolvimento de RAS em dez regiões de saúde, vinculadas às regiões metropolitanas (RM), e cinco regiões denominadas Tipo, selecionadas a partir de critérios validados de forma tripartite.
- Intervir, em cada um dos Componentes da rede de ações e serviços de saúde existente em dada região, na perspectiva de estruturação de uma rede integrada de atenção à saúde.
- Estimular o desenvolvimento de linhas de cuidado pré-definidas como um dos elementos de qualificação do cuidado em saúde.
- Investir prioritariamente na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) de média complexidade e de urgência e emergência, dando prioridade para: a adequação da capacidade instalada de serviços de saúde e do parque tecnológico; a gestão de tecnologias médico-hospitalares, o desenvolvimento de trabalhadores na prestação dos serviços em saúde; e a implementação de novos processos e tecnologias de gestão.
- Integrar a alocação de recursos de investimento ao conjunto de iniciativas de desenvolvimento de recursos humanos e de implementação de novos processos e tecnologias de gestão.
- Apoiar o desenvolvimento de tecnologias estratégicas ao SUS de modo a garantir a aplicação do acesso a produtos estratégicos e induzir o desenvolvimento regional;
- Fortalecer os mecanismos e instrumentos de gestão governamental e organizacional em apoio à estruturação das redes de atenção à saúde.

#### **3.2.2 Descrição dos Componentes e Áreas de Financiamento**

Para somar-se aos esforços de consolidação do SUS e colaborar com a qualificação da atenção e do cuidado em saúde as ações estão agrupadas em dois Componentes, tendo um terceiro Componente responsável pela gestão do Projeto, cuja implementação pressupõe um enfoque

integrado, visando contribuir com a organização de redes de atenção à saúde baseadas em uma atenção primária à saúde (APS) forte e resolutiva e com a instituição de processos de gestão mais seguros e eficazes no âmbito do SUS. São Componentes do Projeto:

**Componente 1 – Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde**

**Componente 2 – Intervenções Sistêmicas Estratégicas**

**Componente 3 – Gestão do Projeto**

### **3.3 Componente 1 – Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde**

O Componente 1 abrangerá o apoio às iniciativas de qualificação do cuidado e à organização de redes de atenção à saúde em quinze regiões de saúde selecionadas, propostas pelos gestores estaduais em articulação com os gestores municipais de saúde, por meio de subprojetos, nas seguintes áreas de financiamento:

#### **Área de Financiamento I – Conformação/modelagem da RAS:**

- Estruturação da regionalização conforme diretrizes do Decreto 7.508/11;
- Diagnóstico da região de saúde: avaliação das necessidades de saúde da população e de suas prioridades epidemiológicas e de ações e serviços de saúde;
- Plano para fortalecimento da APS;
- Mapeamento e análise da produção científica e tecnológica em saúde e avaliação da capacidade de incorporação tecnológica.

#### **Área de Financiamento II - Readequação da rede de serviços básicos, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de regulação, logístico e de financiamento.**

- Provisão de apoio para a regulação integrada dos pedidos de encaminhamentos, exames de diagnóstico, consultas com especialistas e tratamentos em caráter de urgência ou de emergência;
- Provisão de apoio para investimentos em tecnologia de informação e comunicação para coordenação do tratamento ao longo da rede de atenção;
- Desenvolvimento e implementação de processos sistemáticos para: comunicar dados sobre a saúde dos pacientes de modo comprehensível, assim como, receber o retorno dos

pacientes com informações e considerações sobre o seu estado de saúde além da percepção do tratamento recebido;

- Investimentos na rede de serviços primários, secundários e terciários;
- Readequação dos sistemas de apoio;
- Readequação dos sistemas logísticos;
- Readequação da gestão de tecnologias;
- Investimentos em aquisição de equipamentos médicos hospitalares, informática e mobiliários;
- Desenho e implementação dos sistemas de monitoramento e avaliação para medir, avaliar e melhorar o desempenho das tecnologias disponibilizadas no SUS;
- Planejamento/testagem de arranjos de financiamento compartilhado para financiar os serviços da RAS;
- Desenho e implementação dos sistemas de monitoramento e avaliação para medir, avaliar e melhorar o desempenho das ações e serviços de saúde a níveis regionais e das unidades de serviço.

### **Área de Financiamento III – Prestação de Apoio para o estabelecimento de arranjos de governança e estruturas de gestão para a RAS**

- Plano de fortalecimento da governança na região;
- Planos de fortalecimento do sistema de regulação para a região;
- Estruturação/ Readequação do plano de regionalização e investimentos da RAS;
- Estruturação/ Readequação do monitoramento e controle de qualidade da tecnologia;
- Plano de qualificação dos hospitais da RAS;
- Provisão de apoio à consolidação, integração horizontal e gestão eficiente das ações e dos serviços de saúde da RAS;
- Provisão do apoio para a organização e integração de administração de fluxo de pacientes, incluindo cartões para identificação eletrônica do usuário, marcação de consultas, sistema de encaminhamento de pacientes e situação de emergência e sistema de transporte de pacientes;

**Área de Financiamento IV – Provisão de Apoio para um modelo de gestão da atenção à saúde com ênfase em:**

- Tratamento no primeiro nível de atenção à saúde;
- Gestão de cuidados a pacientes crônicos;
- Fortalecimento da promoção da saúde;
- Cuidado domiciliar e o autocuidado;
- Estratificação de risco baseado na população, programas de prevenção e tratamento centrados no paciente;
- Sistema de classificação de risco para garantir o acesso prioritário aos pacientes em situação de urgência e emergência e com condições crônicas.

**Área de Financiamento V – Provisão de apoio para a qualificação da gestão integrada da RAS nos processos de educação permanente em saúde**

- a) Planejamento e implementação de um programa de qualificação contínua de toda a RAS, por meio de processo de monitoramento e avaliação do processo de atenção à saúde.
- b) Qualificação profissional para a implementação de processos gerenciais para ampliar a eficiência dos serviços e funções de apoio (controle de estoque e inventário; alocação de recursos entre instalações de saúde; compra e aquisições; gestão de recursos humanos; distribuição de produtos farmacêuticos; controle de transferências internas de hospitais; e sistemas padronizados de contabilidade de custos; gestão, monitoramento e controle de qualidade de equipamentos e produtos de uso em saúde).
- c) Desenvolvimento e implantação de metodologia para detectar as demandas de capacitação, qualificação e formação profissional técnica de nível médio para a melhoria contínua do desempenho das equipes clínicas e demais trabalhadores na prestação dos serviços em saúde;
- d) Desenvolvimento de programas de Educação Permanente para contemplar estratégias de mudanças de gestão, de comportamento dos prestadores de serviços, de práticas clínicas, visando a participação e o apoio dos profissionais de saúde.

O quadro 01 apresenta, de forma sintética, as possibilidades de intervenções passíveis de investimento pelo Componente 1 do Projeto. Ressalta-se que outras fontes de investimento

deverão ser agregadas (municipais, estaduais e federal), tendo em vista a necessidade de integração das iniciativas voltadas para a qualificação do cuidado, o fortalecimento da gestão e o aumento da qualidade e eficiência das redes da atenção à saúde.

**QUADRO 01 – Possibilidades de Intervenção do Projeto QualiSUS-Rede nos Estados**

<b>Nas Unidades</b>	<b>Nas Redes</b>	<b>Nas Estruturas Gestoras das SES e SMS</b>
<b>Infraestrutura</b>  Estruturação e/ou reestruturação física e tecnológica de unidades que compõem ou que venham a compor a rede de serviços de saúde de média complexidade e de urgência e emergência (Componente pré-hospitalar fixo).	<b>Governança</b>  Definição e planejamento das redes de atenção à saúde; Desenvolvimento e implementação de sistemas gerenciais; Definição de responsabilidades gestoras; Definição de sistemas de acompanhamento e avaliação; Critérios e mecanismos para acreditação das unidades que compõem as redes; Desenvolvimento de sistemas de informação gerenciais;	<b>Desenvolvimento de novos instrumentos de gestão para organização de redes de atenção à saúde</b>  Formas de pagamento; Incentivos; Contratualização.  <b>Desenvolvimento e qualificação de processos gerenciais das SES para implantação e organização das redes de atenção à saúde</b>
<b>Processos</b>  • Qualificação de processos técnicos relacionados ao cuidado: Implementação de protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas rotinas; Qualificação de processos clínicos tendo como	 Definição de instrumentos de contratualização.  <b>Desenvolvimento de trabalhadores na prestação dos serviços em saúde</b> Formação de gestores e gerentes das redes. Capacitação técnica para desenvolvimento de funções específicas nas redes.  <b>Financiamento</b>	 Sistemas de planejamento; Sistemas de informação; Sistemas de acompanhamento e avaliação;

<b>Nas Unidades</b>	<b>Nas Redes</b>	<b>Nas Estruturas Gestoras das SES e SMS</b>
<p>referência a saúde baseada em evidências;</p> <p>Melhoria dos procedimentos relacionados ao acolhimento, segurança dos pacientes e biossegurança;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulação e implementação de indicadores de avaliação e de satisfação dos usuários;</li> </ul> <p>Qualificação de processos gerenciais:</p> <p>Desenvolvimento e implementação de sistemas de custos de unidades de saúde, incluindo custos por patologia ou grupos de diagnósticos;</p> <p>Desenvolvimento e qualificação dos processos administrativos e logísticos;</p> <p>Implementação de processos de gestão da</p>	<p>Processos de análise econômica (custo-benefício, custo efetividade);</p> <p>Definição de mecanismos inovadores de gerenciamento/pagamento;</p> <p>Desenvolvimento e implementação de sistemas de custos das redes de serviços, incluindo custos por patologia ou grupos de diagnósticos.</p> <p><b>Articulação na região de saúde</b></p> <p>Desenvolvimento de mecanismos de referência e contra-referência;</p> <p>Definição de parâmetros para encaminhamento de pacientes entre os diferentes níveis de atenção.</p> <p><b>Conformação/Modelagem de RAS</b></p> <p>Estruturação da APS;</p> <p>Integração horizontal e vertical;</p> <p>Modelagem da Rede de U&amp;E e de atenção a mulher e criança;</p> <p>Implantação de linhas de cuidado;</p> <p>Definição e qualificação dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Assistência farmacêutica;</li> <li>b) Laboratórios de análises clínicas, serviços de diagnóstico de imagem,</li> </ul>	<p>Desenvolvimento de modelos inovadores de gestão de unidades, redes e sistemas.</p> <p><b>Educação Permanente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento de trabalhadores na prestação dos serviços em saúde</li> </ul> <p>Capacitação e qualificação de gestores municipais e estaduais e de especialistas das SES e SMS voltada à implementação das linhas de cuidado e organização das redes de atenção à saúde;</p> <p>Qualificação e formação técnica de nível médio para trabalhadores e profissionais das SES e SMS voltadas à implementação das</p>

<b>Nas Unidades</b>	<b>Nas Redes</b>	<b>Nas Estruturas Gestoras das SES e SMS</b>
<p>qualidade; Desenvolvimento e qualificação de modelos de compra e contratualização de serviços; Capacitação de trabalhadores e profissionais para qualificação dos processos técnicos e gerenciais.</p>	<p>métodos gráficos e endoscópicos. Definição e qualificação dos sistemas logísticos da rede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Telecomunicação;</li> <li>b) Centrais de regulação;</li> <li>c) Transporte sanitário;</li> <li>d) Sistemas de informação (implementação).</li> </ul>	<p>linhas de cuidado e organização das redes de atenção à saúde;</p> <p><b>Gestão do Trabalho</b></p> <p>Desenvolvimento de estratégias para dimensionar o quadro de pessoal necessário; Instalação de fóruns de negociação permanente entre gestores e trabalhadores; Ajuste do protocolo de cessão de pessoal assinado na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.</p>

O Componente 1 será operacionalizado por meio de instrumentos legais adequados, firmados entre o MS, e as SES, no sentido de garantir a coerência técnica e o cumprimento das ações previstas, bem como a clara definição do papel de cada órgão envolvido na implementação do subprojeto.

Os órgãos executores serão preliminarmente avaliados pelo Banco Mundial quanto à sua capacidade de aquisições. Isso estabelecerá níveis de risco para cada Estado e definirá limites e possibilidades de execução financeira para cada um.

Os Subprojetos serão permanentemente acompanhados e avaliados, em seu desenvolvimento, pelas SES e pela Unidade de Gestão do Projeto (UGP/MS) por meio de processos específicos que condicionarão a sua continuidade. Para tanto, será necessária uma pontuação, de compromissos, metas e indicadores (monitoramento e avaliação), entre as UF contempladas e o MS, a ser expressa por meio de acordos de cooperação a serem firmados entre as partes.

Os indicadores de monitoramento e avaliação a serem utilizados neste processo de acompanhamento são apresentados **Volume 7 – Monitoramento e Avaliação**. Há um conjunto de indicadores considerados obrigatórios, com previsão de metas mínimas, pois implicarão no alcance das metas nacionais, e outro conjunto não obrigatório que, uma vez pactuados, serão utilizados para a avaliação final de desempenho e considerados para eventuais bonificações e passagem para a segunda fase do projeto.

Está previsto um processo formal de avaliação e eventuais problemas na execução do Subprojeto implicarão em revisão do planejamento, correção de problemas, nova pontuação de metas e revisão dos financeiros inicialmente previstos.

Os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde e de Secretários Municipais de Saúde, bem como as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB)<sup>1</sup> exercerão papéis importantes no processo de execução do projeto. A articulação com estas instâncias é uma das estratégias necessárias para a construção e consolidação de uma rede integrada e politicamente sustentada para executar as ações previstas.

Para implementação do projeto, poderão ser contratadas consultorias de profissionais qualificados e/ou estabelecidas novas parcerias visando ao suporte técnico, científico e operacional (instituições de educação superior, agências governamentais e não governamentais, organismos representativos da comunidade científica, etc.).

O Componente 1 será executado de forma descentralizada, por meio da transferência de recursos financeiros, do Ministério da Saúde a Estados, em conformidade com o cronograma de execução físico-financeira apresentado no Subprojeto QualiSUS-Rede e com os procedimentos detalhados

---

<sup>1</sup> Órgãos representativos dos gestores nas instâncias de articulação e decisão políticas.

no **Volume 5 – Execução Financeira**, mediante ordem de transferência a ser liberada pela UGP/MS.

### **3.4 Componente 2 – Desenvolvimento de Intervenções Sistêmicas Estratégicas**

Este Componente tem por finalidade desenvolver um conjunto de iniciativas sistêmicas de apoio à implantação de redes de atenção e à qualificação de cuidados em saúde. Ele será implementado sob responsabilidade direta da SCTIE, área gestora do Componente, que elaborará os Termos de Referência, consolidando as informações com as áreas demandantes dos estudos, apoiará a Comissão de Licitação na avaliação técnicas das propostas, garantindo, assim, intervenções estratégicas globais e centradas em prioridades nacionais, para dar suporte à criação de um ambiente institucional e sistemas úteis à implementação das RAS tais como:

- Melhoria da qualidade de gestão do tratamento do paciente;
- Promoção de sistemas alternativos de pagamento;
- Fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação de impactos;
- Aperfeiçoamento das inovações tecnológicas sobre as propriedades, efeitos clínicos e impacto econômico de tecnologias priorizadas pelo MS;
- Organização de processos, monitoramento e gestão de tecnologias de uso em saúde;
- Desenvolvimento de tecnologias estratégicas ao SUS;
- Capacitação, qualificação e disseminação dos conhecimentos técnicos.

Para possibilitar a visibilidade dessas estratégias, foram organizados seis eixos, a saber:

- Eixo 1 – Apoio à Estruturação e Qualificação da Gestão de Redes de Atenção à Saúde.
- Eixo 2 – Gestão e Qualificação de Cuidados em Saúde.
- Eixo 3 – Qualidade em Saúde.
- Eixo 4 – Inovação e Tecnologia em Saúde.
- Eixo 5 – Mecanismos de Financiamento e Alocação de Recursos.
- Eixo 6 – Monitoramento e Avaliação de Subprojetos.

A proposição das atividades a serem desenvolvidas em cada um dos eixos considerou não só o atual estágio de desenvolvimento das redes de atenção à saúde no país, mas também as atuais políticas e prioridades definidas pelo Ministério da Saúde.

### **3.5 Componente 3 – Gestão do Projeto**

Compreenderá a organização e o financiamento de atividades relacionadas à administração geral do projeto. As atividades previstas para serem desenvolvidas pelo Componente 3 estão relacionadas à administração geral do Projeto QualiSUS-Rede que prevê o desenvolvimento de atividades gerenciais relacionadas: à administração geral do projeto; à supervisão das atividades executadas de forma centralizada e descentralizada; ao assessoramento técnico-operacional aos proponentes habilitados; e ao monitoramento e avaliação da execução do projeto.

O projeto será gerenciado por uma unidade colegiada denominada de Unidade de Gestão do Projeto (UGP/MS) que funcionando no MS.

### **3.6 Fases, Etapas e Operação do Projeto**

Para cada fase foram definidas quatro etapas, que correspondem ao ciclo de vida do projeto, abrangendo os processos de gerenciamento e de execução das intervenções propostas, a saber:

- Etapa 1 – Seleção das Regiões de Saúde, vinculadas às regiões metropolitanas (RM), e cinco Regiões denominadas Tipo, segundo singularidades. Preparação de Executores: prevê a sensibilização e qualificação dos trabalhadores das Secretarias Estaduais da Saúde e dos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) para elaboração e apresentação das propostas preliminares. Seleção de estudos e pesquisas.
- Etapa 2 – Implementação dos Subprojetos selecionados: Seleção, Aprovação e Desenvolvimento de Propostas Preliminares, Subprojetos (Componente 1) e Projetos do Componente 2: prevê os procedimentos de análise, seleção/aprovação e execução dos subprojetos referentes ao Componente 1 e dos projetos referentes ao Componente 2.
- Etapa 3 – Monitoramento e Avaliação dos Componentes 1 e 2: prevê a formulação e implementação do programa de acompanhamento, monitoramento e avaliação dos Componentes 1 e 2 do QualiSUS-Rede.

- Etapa 4 – Encerramento do Projeto QualiSUS-Rede: contempla os procedimentos de finalização técnica, contábil, patrimonial e financeira do projeto.

Dada a complexidade do Projeto QualiSUS-Rede, sua operacionalização requer a definição de mecanismos e instrumentos específicos relacionados particularmente a: contratações, aquisições, gestão física e financeira e fluxos de implementação. Estes instrumentos e mecanismos são apresentados detalhadamente no **Volume 5 – Execução Financeira**.

### 3.7 Monitoramento e Avaliação do Projeto

A sistemática de monitoramento e avaliação está definida no volume 07 deste Manual Operacional.

### 3.8 Custos e Financiamento

O Projeto QualiSUS-Rede será financiado com recursos próprios do Ministério da Saúde e do Banco Mundial, num total de US\$ 1,4 bilhão, sendo US\$ 676,8 milhões para a Fase 1 (compreendida de janeiro de 2011 a dezembro de 2014) e US\$ 763,2 milhões para a Fase 2 (compreendida de janeiro de 2015 a dezembro de 2020), conforme tabela a seguir.

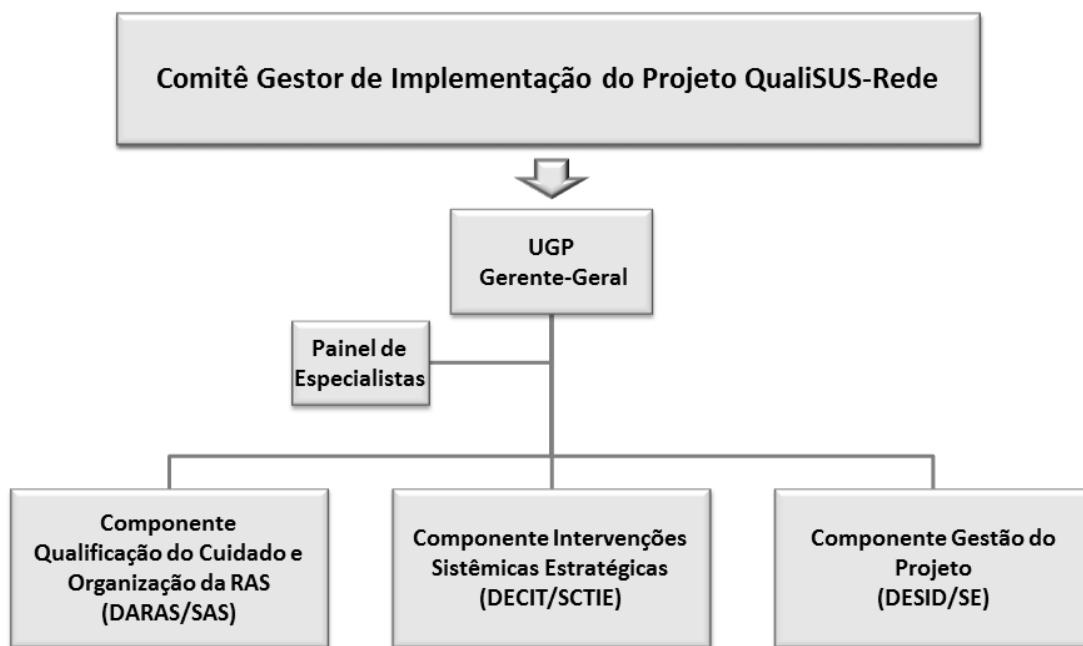
**TABELA 1 – Detalhamento dos Custos do Projeto QualiSUS-Rede por Fase e Fonte Financiadora**  
(Em US\$ Milhões)

	Fase 1 (2011-2014)	Fase 2 (2015-2020)	Total (2011/2020)
<b>BIRD</b>	235,00 (34,7%)	265,00	<b>500,00</b>
<b>UNIÃO</b>	441,80 (65,3%)	498,20	<b>940,00</b>
<b>Total</b>	<b>676,80</b>	<b>763,20</b>	<b>1.440,00</b>

## 4 GESTÃO DO PROJETO QUALISUS-REDE

A Portaria Ministerial GM nº 396, de 04 de março de 2011 institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde – QualiSUS-Rede, seus objetivos, suas estratégias, bem como institui o Comitê Gestor de Implementação do QualiSUS-Rede – CGI e a Unidade de Gestão do Projeto – UGP, subordinada à Secretaria Executiva.

A Secretaria-Executiva, que possui as competências de assistir o Ministro na supervisão e coordenação das atividades das Secretarias integrantes da estrutura e de coordenar a elaboração e a execução de programas e projetos em áreas e temas de abrangência nacional, atuará como interlocutora e condutora gerencial do projeto.



#### 4.1 Comitê Gestor de Implementação - CGI

O CGI, que é presidido pelo Ministro de Estado da Saúde e composto por representantes das seis Secretarias do Ministério, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terá seguintes atribuições:

- definir as diretrizes técnicas e operacionais para execução das atividades relativas ao QualiSUS-Rede;
- aprovar o planejamento anual da execução das atividades previstas no QualiSUS-Rede;
- aprovar os relatórios de progresso semestrais e anuais, relativos à execução das atividades previstas no QualiSUS-Rede; e

- aprovar os relatórios de avaliação, relativos à execução do conjunto de iniciativas previstas no QualiSUS-Rede, anualmente.

O Projeto QualiSUS-Rede se estrutura nos seguintes Componentes:

- Componente 1: Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde;
- Componente 2: Intervenções Sistêmicas Estratégicas; e
- Componente 3: Gestão do Projeto.

#### **4.2 Unidade de Gestão do Projeto QualiSUS-Rede – UGP**

A UGP, cuja organização e competências estão definidas na Portaria/SE nº 601, de 24 de maio de 2011, tem por finalidade executar as ações técnico-administrativas do Projeto QualiSUS-Rede até o término do período de execução das atividades previstas em seu cronograma e encerramento do processo de prestação de contas exigidas pelo BIRD e outros órgãos de controle interno e externo.

A UGP é uma unidade colegiada, composta por um Gerente-Geral e pelos Gerentes responsáveis pelas áreas técnicas e operacionais dos Componentes 1, 2 e 3.

A UGP apresenta a seguinte composição organizacional:

- Gerência-Geral da UGP:
    - a) Apoio Administrativo e Secretariado
  - Área de Apoio Técnico:
    - a) Componente 1: Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde;
    - b) Componente 2: Intervenções Sistêmicas Estratégicas
  - Área de Apoio Operacional
- Componente 3: Gestão do Projeto

**Em linhas gerais cabe à UGP:**

- programar as ações e coordenar a execução do Projeto QualiSUS-Rede;
- coordenar, supervisionar e apoiar execução técnica dos Componentes 1 e 2 do Projeto QualiSUS-Rede;
- promover, interna e externamente o projeto e articular com as secretarias, órgãos vinculados ao MS e instituições a fins a execução do projeto;

- preparar agenda e fornecer informações ao Comitê Gestor de Implementação do Projeto QualiSUS-Rede, regularmente e quando solicitado;
- consolidar o Plano Operativo Anual, as Programações Trimestrais de Gastos e os Planos de Aquisições;
- assessorar o Ministro de Estado da Saúde e demais dirigentes do MS, em assuntos de natureza técnico-administrativa relativos ao Projeto QualiSUS-Rede;
- coordenar a elaboração, revisão e manutenção das atualizações do manual operacional;
- autorizar e acompanhar os procedimentos para a aquisição de bens e serviços, de acordo com as normas e procedimentos de Organismos Internacionais de Cooperação Técnica, Banco Mundial e da legislação brasileira, quando for o caso;
- autorizar o repasse de recursos aos entes envolvidos no Projeto, de acordo com o estabelecido no Plano de Aquisição Anual (POA) e nas respectivas Programações Trimestrais de Gastos;
- autorizar as despesas do projeto QualiSUS-Rede previstas nas Programações Trimestrais de Gastos, bem como elaborar as declarações de gastos do projeto, e as prestações de contas;
- monitorar junto aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a execução das ações do QualiSUS-Rede, assim como o desempenho dos indicadores pactuados no Projeto.

#### **4.3 Forma de Gerenciamento**

A UGP tem, portanto, a função de concatenar e organizar metodologicamente iniciativas de apoio aos estados e municípios participantes, além de coordenar, supervisionar e gerir operacional e financeiramente as ações do Projeto, integrando os esforços de todos os agentes envolvidos.

**Gerência-geral:** será responsável pela coordenação de todas as ações do Projeto, pelo planejamento e pela organização administrativa da UGP. Também, responsabilizar-se-á pelo planejamento das ações e pela interlocução com a Secretaria Executiva e com o Comitê Gestor de Implementação – CGI do Projeto; visando o acompanhamento da implementação das ações; pela preparação e análise de relatórios gerenciais; e pela articulação com outras instâncias do Ministério da Saúde, relacionadas ao Projeto.

**A Área de Apoio Técnico do Componente 1:** será responsável por coordenar todas as ações relacionadas à execução do Componente 1, assegurando a articulação com Estados e Municípios

executores do Projeto e garantindo o monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas no âmbito dos Subprojetos Estaduais.

**A Área de Apoio Técnico do Componente 2:** será responsável pelo acompanhamento dos estudos e projetos selecionados que compõem as intervenções sistêmicas e estratégicas do Projeto.

**A Área de Apoio Operacional do Componente 3:** será responsável por conduzir a gestão administrativo-financeira para a execução das ações do Projeto, abrangendo:

- i- planejamento, programação, orçamento, transferência de recursos, pagamentos, prestação de contas e monitoramento administrativo-financeiro dos órgãos responsáveis pela execução do Projeto. Também será responsável pela interlocução com os órgãos de auditoria, oficiais e independentes, e com a instituição financiadora, quanto aos procedimentos de desembolso, certificação de gastos e controle das contas do Projeto.
- ii- planejamento das aquisições (Plano de Aquisição), acompanhamento dos processos de aquisição e contratação, observando os instrumentos legais de contratação, processos licitatórios e assessoria a outras instâncias envolvidas nos processos de aquisição, como os Estados e Municípios.
- iii- apoio operacional em hardware e software, manutenção do sistema de gerenciamento do projeto; apoio administrativo.

A Área contará ainda com um especialista e um analista em gestão financeira; um especialista e um analista em aquisições; um analista de sistemas; um analista de supervisão e acompanhamento do Projeto e uma assessoria administrativa, selecionados segundo as Diretrizes do Banco Mundial. A Equipe da UGP será composta por técnicos especialistas contratados pelo tempo de duração do Projeto, com experiência em planejamento, gestão e execução de programas e projetos financiados por instituições financeiras internacionais.



## 5 POLÍTICAS DE SALVAGUARDA E PROTEÇÃO

### 5.1 Proteção aos Povos Indígenas

#### 5.1.1 Antecedentes

Estimativas apontam que no início da colonização do Brasil os povos indígenas que aqui existiam somavam cerca de 5 milhões de habitantes, com aproximadamente mil etnias e quase a mesma diversidade em línguas. A violência em todas as suas dimensões contra os nativos e as dramáticas consequências da expansão econômica sobre a sua demografia, reduziu esta população para 250 mil habitantes (210 etnias / 170 línguas) no começo do século passado.

A grave situação destes povos só veio a minimizar-se a partir da criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais – SPI, em 1910, quando se definiu uma primeira iniciativa para mudança da realidade indígena nacional. A criação do SPI foi um marco importante na política indigenista, retirou da Igreja a responsabilidade na relação com os índios e formulou uma legislação que buscava garantir o direito à terra e o respeito a sua cultura.

Em 1967 foi criada a Fundação Nacional do Índio, em substituição ao SPI, que modificou o modelo do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, criado na década de 50 que objetivava a prestação de ações de saúde às populações indígena e rural, localizadas em áreas de difícil acesso com a implantação das Equipes Volantes de Saúde – EVS. As EVS visavam atender grupos indígenas com atividades de imunização e apoio às equipes locais de saúde. Em função da inadequação e insuficiência de recursos humanos, financeiros, de infraestrutura, organizacionais e de logística, foram-se reduzindo as visitas de campo, até restringirem-se a atendimentos que aconteciam quase exclusivamente nos Postos Indígenas existentes.

No final de 1986 foi realizada a *I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio*, quando foram esboçadas as primeiras diretrizes de um sistema de saúde para as comunidades indígenas, derivado das discussões e diretrizes realizadas na *VIII Conferência Nacional de Saúde*, marco histórico do movimento sanitário brasileiro.

Com a constituição de 1988, a tutela, que até aquele momento se baseava numa parcial capacidade da população indígena quanto ao exercício de sua cidadania, foi abolida. A partir daí firmam-se alguns princípios de reconhecimento dos direitos indígenas. Desde então, o compromisso do Estado Brasileiro para com a questão indígena, em vários setores, vem sendo fortalecido e se concretizando a exemplo da recriação da Comissão Nacional de Políticas Indígenas, que democraticamente defini o novo Estatuto Indígena, em tramitação no Congresso Brasileiro.

Atualmente a população indígena é de aproximadamente 600 mil habitantes (SIASI/FUNASA) residentes nos territórios indígenas (aldeias). Somada a esta população, estima-se que número correspondente à metade deste, ou seja, cerca de 300 mil indígenas encontram-se residindo em áreas urbanas conforme informações demográficas divulgadas no último Censo do IBGE realizado em 2010.

### **5.1.2 Marco Institucional**

A Lei nº. 8.080/1990, Lei Orgânica da Saúde, foi acrescida de um dispositivo, por meio da Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca), que instituiu um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e atribuiu à União a missão de, com recursos próprios, financiá-lo, devendo ser como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

O § 2º do Artigo 19-G (Lei nº 9.836), preconiza que o “SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações”.

O § 3º do mesmo Artigo define que as “populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde”.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (8/11/2001) e sancionada pelo Ministro da Saúde (Portaria 254/2002) traduz os consensos/diretrizes acerca da saúde, produzidos na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986) e na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993).

A PNASPI fortalece a estruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com base na estratégia da distritalização, tendo sido estabelecidos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, adaptando-os às especificidades étnicas e a diversidade social, cultural, geográfica e política desses povos.

Os DSEI são identificados como unidades descentralizadas do Ministério da Saúde para as atividades de planejamento, organização e operacionalização, baseadas nas necessidades locais de saúde e nas diretrizes estratégicas provenientes do nível central.

Na definição do território sanitário dos DSEIs foram considerados critérios para sua organização como a população, a área geográfica e perfil epidemiológico, as vias de acesso aos serviços instalados na localidade, a rede regional do SUS, as relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território, a sociedade de entorno, a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Para a execução da PNASPI, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena conta, atualmente, com aproximadamente quinze mil trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios, 751 Postos de Saúde, 353 Pólos Base e 63 Casas de Saúde do Índio, distribuídos nos 34 DSEIs existentes.

A Saúde Indígena e a gestão do respectivo subsistema eram, até recentemente, responsabilidade da FUNASA, estas funções foram transferidas para a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI do Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010.

Embora os coeficientes de morbi/mortalidade estejam caindo, os indicadores de saúde para os povos indígenas demonstram um cenário mais ou tão preocupante do que o encontrado para a população brasileira como um todo. Problemas como desnutrição, alta mortalidade materno-infantil, alcoolismo/drogas, suicídio, malária, tuberculose, DST e Aids, violência, hipertensão arterial e diabetes apresentam-se como importantes desafios à atenção à saúde indígena.

### **5.1.3 Conclusões e Marco Indígena para Regiões não Metropolitanas**

A materialização dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, assim como a estruturação do Subsistema de Atenção Integral à Saúde Indígena constituem desafios cujo enfrentamento precisa se refletir na efetiva estruturação dos DSEIs, cuja atuação deve ser autônoma, e na oferta organizada de ações e serviços de saúde, que deve ser adequadamente definida em cada DSEI.

Promover a Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas, ampliando o acesso e qualificando a atenção, é um dos objetivos estratégicos definidos pelo governo e para isso, a organização e desenvolvimento de redes regionais de atenção à saúde no SUS são indispensáveis para o estabelecimento de práticas específicas e equânimes para os povos indígenas.

O recente Decreto nº 7.508/2011 que vem dispor sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde e a articulação interfederativa, poderá possibilitar a melhoria do acesso das populações indígenas às ações complementares de saúde nas redes municipais e estaduais de saúde. A inclusão das necessidades em serviços e ações de saúde desta população no Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP deverá ser mais um passo no caminho de garantir a integralidade da assistência aos indígenas.

O SUS e o Subsistema de Saúde Indígena devem avançar no processo de integração e cooperação para corrigir um processo histórico de relativo “isolamento” na condução das ações de saúde indígena nos últimos anos.

Nesse sentido, o projeto QualiSUS-Rede poderá influenciar positivamente na capacidade de gestão dos DSEIs e portanto do Subsistema de Saúde Indígena e na melhoria da qualidade da atenção básica à saúde prestada ao indígena e sua integração com as redes de serviços municipais de saúde promovendo: (a) mitigação das desigualdades na condição de saúde; (b) melhoria no acesso e qualidade da atenção de média e alta complexidade; (c) abordagem das Doenças Não Transmissíveis e, (d) melhoraria na satisfação do paciente em relação à assistência prestada pelo SUS.

Nas RRAS selecionadas onde houver a presença significativa de população indígena os Subprojetos deverão ser elaborados considerando:

- as especificidades étnicas e culturais dessa população e observando suas necessidades em saúde e formas de acesso aos serviços de saúde.
- Antecedentes gerais dos povos indígenas na região selecionada, inclusive os antecedentes históricos, sociais, econômicos, demográficos e de gênero.
- Incluir diagnóstico contendo a lista de grupos e organizações indígenas, existentes na área, suas características linguísticas, se são bilíngues ou não, e a condição de saúde de homens, mulheres, crianças, jovens e velhos. Esta descrição evidenciará os benefícios diretos e indiretos esperados do Projeto nas áreas alvos;
- Breve descrição das questões de posse de terra que podem estar relacionadas às áreas selecionadas;
- Análise das principais questões de infraestrutura, acesso e utilização dos serviços, com foco especial na atenção de média e alta complexidade à saúde, que podem ter impacto sobre as metas do Projeto;
- A descrição detalhada do processo de consulta e seus resultados, inclusive as consultas com organizações indígenas e principais atores;
- Levantamento das necessidades de qualificação e formação para os trabalhadores da saúde indígena.

## 5.2 Proteção Ambiental

### 5.2.1 Avaliação Ambiental Sumária

O QualiSUS-Rede foi classificado como B. Uma Avaliação Ambiental (AA) foi preparada para identificar os potenciais impactos ambientais, segundo a Política de Proteção do Banco Mundial (OP/BP 4.01). A AA propõe atividades para melhorar a gestão ambiental, especialmente nos Subprojetos de RAS do Componente 1. Esta seção resume as conclusões e recomendações da AA. Também inclui as principais questões do Marco Ambiental (MA) para reforma, ampliação e/ou construção de estabelecimentos de saúde, bem como os principais itens incluídos em uma lista de verificação ambiental que será preenchida antes de iniciar os trabalhos financiados com os recursos do empréstimo.

A AA do Projeto baseia-se em: uma análise do marco legal e regulamentar para a construção de estabelecimentos de saúde e gestão de resíduos hospitalares; uma revisão das diretrizes e dos procedimentos em relação à construção de unidades de saúde e gestão de lixo hospitalar; uma avaliação ambiental realizada pelo MS e entrevistas com o pessoal do MS e do projeto responsável pela elaboração e implementação do projeto. As conclusões da AA sugerem que qualquer impacto adverso deve ser localizado e revertido. Contudo, como as intervenções apoiadas pelo projeto pretendem melhorar a gestão de lixo hospitalar em todas as unidades das regiões-alvo, o Projeto proposto terá impactos ambientais benéficos.

### **5.2.2 Políticas de proteção**

OP 4.01 Avaliação Ambiental - Seguindo a política do Banco, foram preparadas uma AA e um MA para orientar a seleção, triagem, construção e monitoramento da construção de novas unidades de saúde. O MA define as ações a serem empregadas pelo Projeto para mitigar os riscos ambientais, inclusive: (i) uma triagem ambiental e monitoramento dos locais de construção; (ii) licenciamento ambiental de toda construção; (iii) supervisão ambiental do processo de construção; e, (iv) desenvolvimento e implementação de treinamento ambiental.

OP. 412: - Reassentamento Involuntário. O QualiSUS-Rede não financiará atividades que possam ocasionar reassentamentos involuntários (mudança física, perda de patrimônio ou acesso a patrimônio). No entanto, como o Projeto pode financiar novas construções, a política pode ser iniciada com aquisição de terra para fins de construção. Apesar de todos os locais estarem em terras públicas, deve-se observar que qualquer nova construção que possa resultar em reassento não será elegível para financiamento.

OP 4.11: Recursos Físicos Culturais. Como a nova construção das unidades ambulatoriais é uma atividade elegível do projeto, o marco ambiental também inclui regras e procedimentos para “descoberta por acaso”, assim como procedimentos de triagem para identificar quaisquer recursos culturais conhecidos que demandem atenção especial durante as atividades de construção.

### **5.2.3 Impactos Ambientais Gerais**

Riscos relacionados à construção do estabelecimento: As obras financiadas pelo Projeto serão realizadas em dois tipos de região: áreas metropolitanas e áreas não metropolitanas segundo

critérios descritos no Manual Operacional. Espera-se que as primeiras envolvam áreas altamente urbanizadas, enquanto as outras podem resultar em uma combinação de áreas urbanas e rurais. O Projeto financiará novas construções, reformas e/ou ampliações de unidades ambulatoriais especializadas e de diagnóstico. Também financiará a reforma de departamentos específicos do hospital (por exemplo, salas de emergência) e unidades ambulatoriais especializadas. A construção de um novo hospital não é elegível para financiamento pelo projeto.

Durante a construção do estabelecimento, os impactos normalmente serão temporários, de baixa intensidade e medidas de mitigação bem conhecidas podem ser facilmente implementadas. Uma seleção inadequada do local, movimentações do terreno, poeira e ruído, contaminação dos mananciais de água superficial e uma inadequada disposição do lixo e dos resíduos da construção poderiam causar impactos negativos. Contudo, o impacto potencial é baixo porque todas as obras são em pequena escala (300m<sup>2</sup> a 500m<sup>2</sup>). As diretrizes ambientais que seguem a legislação brasileira e as diretrizes de construção do MS para construção de unidades básicas devem ser obedecidas.

Riscos relacionados à operação do estabelecimento: Os principais impactos internos negativos possíveis dizem respeito à gestão inadequada e à disposição do lixo hospitalar gerado pelo diagnóstico e pelos serviços prestados aos pacientes. O risco será mitigado com o fortalecimento do sistema de gestão e disposição de lixo hospitalar, pelas normas ambientais do governo e pelas diretrizes do MS. Outros impactos externos negativos dizem respeito principalmente à gestão de lixo e à poluição atmosférica resultante dos equipamentos, tratamento e despejo de esgoto, assim como do tratamento e remoção de lixo sólido não hospitalar. Esses problemas serão mitigados pela aplicação - em todas as unidades de saúde que se beneficiam do projeto - dos processos e procedimentos de financiamento especificados no manual de segurança ambiental hospitalar do MS e nas diretrizes de Gestão de Lixo Hospitalar do MS/ANVISA. As diretrizes têm a ver com cada uma das questões supracitadas.

É importante salientar que o Projeto adotará medidas adicionais para alcançar uma efetiva gestão de lixo hospitalar. As avaliações e as visitas ao local realizadas pela equipe do MS e do Banco na preparação de projeto concluíram que alguns dos principais obstáculos para a gestão de lixo hospitalar eram o transporte sanitário precariamente organizado e os sistemas de despejo de

muitos municípios. Apesar de alguns estabelecimentos cumprirem com as normas do MS para a coleta e separação de lixo hospitalar dentro do estabelecimento, a coleta, o transporte e o despejo realizados pelos municípios podem ser irregulares e improvisados. Mitigar este risco, criar ou fortalecer um sistema sanitário e de transporte organizado para o lixo hospitalar, que atenda todos os municípios e unidades nas regiões-alvo dos subprojetos RRAS, será uma atividade obrigatória dos subprojetos estaduais.

#### **5.2.4 Estrutura Regulamentar e Diretrizes de Construção**

O setor de saúde possui um robusto marco legal e regulamentar relacionado à construção de estabelecimento de saúde. O marco legal e regulamentar foi fortalecido nos últimos anos pela emissão de regras e diretrizes mais detalhadas para reger o manuseio de lixo hospitalar e a construção de estabelecimentos de saúde (em 2004 e 2005). Mais recentemente (em 2006) o MS produziu um manual de construção para unidades de atenção básica, nos termos da legislação em vigor, revisto e reeditado em 2008. Os Estados participantes devem seguir as diretrizes no planejamento, construção e operação de novos estabelecimentos. O MA se baseia nos seguintes instrumentos reguladores e institucionais:

#### **5.2.5 Gestão de Lixo Hospitalar**

A Resolução do CONAMA 283/01 estabelece os procedimentos gerais para a gestão e o despejo de lixo hospitalar nos estabelecimentos de saúde, inclusive a preparação obrigatória de um Plano de Gestão para Lixo Hospitalar nos Estabelecimentos de Saúde.

As resoluções ANVISA 306/04 e CONAMA 385/05 (i) estabelecem um marco único e integrado para gestão de lixo hospitalar gerado nos estabelecimentos de saúde, inclusive a separação, armazenagem, transporte, tratamento e despejo final; (ii) obrigam o desenvolvimento e a implementação de um Plano de Gestão de Lixo Hospitalar em todos os estabelecimentos de saúde.

As Diretrizes ANVISA/MS (Manual para Gestão de Lixo Hospitalar, 2004) fornecem orientações detalhadas para os gerentes locais de sistemas e gerentes de estabelecimentos em relação aos

regulamentos supracitados, inclusive o desenvolvimento e a execução de um Plano de Gestão para Lixo Hospitalar nos estabelecimentos de saúde.

#### **5.2.6 Códigos de Construção para os Estabelecimentos de Saúde**

A Lei Federal 6437/77 estabelece a legislação sanitária básica e recomenda as características estruturais essenciais dos estabelecimentos de saúde segundo o tipo (hospital, centro de diagnóstico, unidade básica, etc.). Todos os estabelecimentos de saúde devem ser licenciados nos termos desta lei.

A RDC 50/02 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), baseada na Lei 6437/77, é o instrumento de regulamentação para novas construções, reabilitações e expansões de unidades de saúde. Lá são detalhadas as normas sobre água potável, eletricidade, coleta e despejo de esgoto, disposição de lixo sólido e hospitalar, etc.

A Resolução CONAMA 297/97 regula os critérios e processos para obter uma licença ambiental, exigindo uma avaliação ambiental e consultas locais.

#### **5.2.7 Consultas**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é baseado em consenso entre autoridades de saúde, a sociedade civil e as comunidades. Uma parte essencial desta estrutura é um conjunto de fóruns formalizados para discutir as políticas, os planos e as iniciativas em todos os níveis de governo. Além disso, os Conselhos de Saúde são formados por representantes da sociedade civil (universidades, organizações de saúde sem fins lucrativos, ONGs e grupos de mulheres) e são muito solicitados em todo governo subnacional. Comissões bipartites, compostas por representantes municipais e estaduais, assim como uma comissão tripartite composta de autoridades federais, estaduais e municipais, analisam e aprovam as políticas de saúde do QualiSUS-Rede que serão discutidas pelos Conselhos Estaduais e pelas Comissões Bipartite e Tripartite. O pessoal de implementação não aprovará qualquer plano até que sejam apresentadas evidências de consultas com organizações da sociedade civil e aprovação desta, e com qualquer comunidade afetada.

### 5.2.8 Marco Ambiental

#### Procedimentos Propostos para a Fase do Projeto para Mitigar os Riscos Ambientais Potenciais Relacionados à Construção de Unidades Básicas

Principais Atividades	Medidas Específicas de Meio Ambiente e de Proteção
<b>Análise Funcional e Estágio de Seleção de Local</b>	
<p>A análise funcional irá: (i) avaliar a acessibilidade da população alvo (padrões de trânsito, rotas de ônibus, etc.); (ii) estabelecer as características dos espaços segundo o número de pessoal e atividades planejadas na construção; (iii) verificar a propriedade pública da terra; (iv) avaliar as condições de solo e subsolo dos potenciais locais e sua vulnerabilidade a deslizamentos de terra, enchentes, desastres naturais, etc. (v) avaliar o local em questão de contaminação e locais contaminados como água estagnada, esgotos abertos, corpos d'água poluídos; (vi) definir espaços específicos, atividades e equipamentos básicos; (vii) integrar a construção ao estilo arquitetônico da vizinhança; e (viii) rever as leis nacionais e locais, regulamentos, códigos de construção e diretrizes a serem consideradas no desenho, construção e operação do estabelecimento.</p> <p>A análise funcional também incluirá a identificação de qualquer impacto adverso de “descoberta por acaso” de recursos físicos culturais.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar avaliação dos potenciais impactos ambientais do local proposto, inclusive os fatores endógenos e exógenos, segundo a Resolução CONAMA 237/97 e o Manual do MS de Construção de Unidade Básica.</li><li>• Preparar um plano e processo para assegurar o cumprimento com os regulamentos ambientais CONAMA 237/97</li><li>• Realizar consultas com as comunidades e representantes da sociedade civil nas áreas afetadas.</li><li>• Verificar se o local não envolve reassentamentos involuntários.</li><li>• Verificar que o local não se encontre em área protegida ou com ambiente frágil</li><li>• Estabelecer a probabilidade de existência de sítios históricos e arqueológicos em qualquer local de construção, com base nos conhecimentos locais, pesquisas de campo publicadas e outras fontes secundárias;</li><li>• Avaliar a escala e o custo de possíveis impactos “encontrados por acaso”;</li><li>• Classificação dos locais segundo os potenciais impactos culturais.</li></ul>

<b>Principais Atividades</b>	<b>Medidas Específicas de Meio Ambiente e de Proteção</b>
<p>Com base nisso, a equipe local prepara um Plano de Implementação de Obras para a elaboração e construção da unidade.</p>	
<p><b>Desenho</b></p> <p>Os planos de engenharia e as especificações técnicas devem considerar: (i) as conexões da rede elétrica, de água e de esgoto; (ii) sistema de filtragem de água [água potável]; (iii) tratamento do desperdício de água; (iv) sistemas de coleta, separação, armazenagem e transporte de lixos (hospitalares e não hospitalares); (v) espaços e pontos de acesso para pediatras, pessoas deficientes e veículos; (vi) pontos de acesso de emergência (se necessário); (vii) evitar materiais tóxicos como asbesto, tintas com chumbo, etc., e (viii) evitar madeira não certificada.</p> <p>Os projetos seguirão os padrões MS/ANVISA especificados nos códigos da ANVISA, assim como o Manual do MS para Construção de Unidades Básicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar que o projeto cumpra com a RDC 50/02 da ANVISA, e com os regulamentos locais ou nacionais, como a Resolução CONAMA 237/97.</li> <li>• Obter as permissões sanitárias e ambientais para construir em locais selecionados.</li> <li>• Desenvolver Plano de Supervisão de Obras (o plano marco preliminar incluído no MA) para assegurar que o empreiteiro esteja seguindo as especificações do plano e técnicas, assim como os regulamentos e diretrizes ambientais.</li> <li>• Preparar os termos de referência para empreiteiros, especificando que eles devem seguir os regulamentos ambientais e sanitários e que o processo de construção não terá nenhum efeito adverso sobre a vegetal das redondezas, infra-estrutura e das conexões elétricas e de água.</li> <li>• Incluir medidas de mitigação e para “encontro por acaso” no contrato com a construtora para eliminar ou reduzir impactos adversos sobre os recursos físicos culturais, inclusive: Realocação do local para evitar, escavação de recuperação e recolocação de artefatos.</li> </ul>

<b>Principais Atividades</b>	<b>Medidas Específicas de Meio Ambiente e de Proteção</b>
<p><b>Construção</b></p> <p>Inclui a construção e compra de materiais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar o Plano de Supervisão de Obra para assegurar o cumprimento com os padrões sanitários e ambientais da ANVISA e do MS.</li> <li>• A inspeção sanitária é realizada pela agência adequada e por especialistas.</li> <li>• Obter a licença sanitária/operacional (antes da operação)</li> <li>• A inspeção ambiental é realizada pela agência adequada e por especialistas.</li> </ul> <p>Obter a licença ambiental (antes da operação)</p>
<p><b>Operação</b></p> <p>Após obter as licenças operacionais e ambientais, o estabelecimento inicia seus trabalhos segundo: (i) a provisão existente para manutenção de equipamentos e da fábrica; e (ii) implementação do sistema de gestão e despejo de lixo hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obter a licença operacional segundo as normas de ANVISA de licenciamento de estabelecimento; (alternativa: usar os padrões de credenciamento nível 1 estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação).</li> <li>• Desenvolver e Implementar um Plano de Gestão de Lixo Hospitalar com base no Manual da ANVISA para Gestão de Lixo Hospitalar e as Diretrizes Ambientais Hospitalares do MS, inclusive classificação de lixos, separação, armazenagem e despejo final. O Plano deve especificar o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> <li>• (i) Aplicação de lista de verificação de monitoramento ambiental (veja abaixo) para obter dados de base e de acompanhamento da situação ambiental da unidade (o MA contém o instrumento modelo); (ii) desenvolvimento e implementação de programa de treinamento sobre gestão e despejo de</li> </ul> </li> </ul>

Principais Atividades	Medidas Específicas de Meio Ambiente e de Proteção
	<p>lixos hospitalares (o MA contém as recomendações de curso; <sup>2</sup> e (iii) plano de supervisão para verificar o cumprimento com os regulamentos de lixo hospitalar e a implementação do Plano de Gestão de Lixo Hospitalar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>As visitas de supervisão do MS e do Banco incluirão visitas ao local para monitorar a implementação do Plano de Gestão de Lixo Hospitalar.</li> </ul>
<b>Operação: Todos os estabelecimentos com regiões-alvo definidas</b>	
Elaboração de um sistema de transporte sanitário organizado para o lixo hospitalar em regiões definidas, abrangendo diversos municípios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecer rotas e intervalos para coleta</li> <li>Estabelecer métodos e local ou locais para despejo</li> <li>Adquirir veículo (um caminhão) com fundos do projeto</li> <li>Contratar e treinar motoristas (podem ser terceirizados)</li> <li>Estabelecer o sistema de financiamento agrupado em cada município participante que contribua com a operação do sistema.</li> </ul>

### 5.2.9 Lista de verificação

Depois de receber uma proposta para financiamento de subprojetos de investimento, as principais questões a serem abordadas antes da aprovação do subprojeto e que deverão ser detalhadas em uma Lista de Verificação são:

- O subprojeto se encontra em uma área ambientalmente frágil?
- O subprojeto se encontra em uma área protegida?
- O subprojeto se encontra em uma área rica em recursos naturais?

<sup>2</sup> O programa de treinamento será financiado pelo financiamento do Projeto.

- d) O subprojeto produz impactos sobre o ecossistema?
- e) O subprojeto produz impactos sobre o uso da terra?
- f) O subprojeto produz qualquer tipo de lixo sólido perigoso e/ou hospitalar?
- g) O subprojeto produz qualquer contaminação do ar?
- h) Há risco de uso de substância radioativa ou de produtos químicos perigosos?
- i) O subprojeto possui um licenciamento ambiental? Licenciamento sanitário?
- j) Quais as características dos sistemas elétricos, de água, de esgoto, de filtragem da água [água potável], tratamento de desperdício de água e de despejo de lixo hospitalar e não hospitalar existentes na área?

Os impactos ambientais serão classificados segundo sua magnitude e importância, onde a magnitude está relacionada à escala (mudança quantitativa ou qualitativa de um parâmetro ambiental) e a importância tem a ver com até que ponto um determinado impacto se relaciona a outros impactos e atrapalha o meio ambiente. Os Subprojetos só serão aprovados depois que a magnitude e importância dos impactos forem claramente estimadas e definidas, caso existam.

#### **5.2.10 Recomendações finais**

O MA também recomenda: (i) treinamento ambiental para o pessoal envolvido, com ênfase na implementação do Plano supracitado; (ii) implementação de estudos sobre a relação entre o lixo sólido, líquido e gasoso dos subprojetos localizados na área da Amazônia Legal; (c) um Plano de Mitigação a ser analisado e aprovado por especialistas que acompanham as propostas com impactos negativos; e (d) estudos sobre a relação entre qualidade do ar, qualidade da água, saneamento e meios para lidar com o lixo sólido na área do Projeto.



**Disque-Saúde**

**136**

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

**[qualisus@saude.gov.br](mailto:qualisus@saude.gov.br)**



**Ministério da  
Saúde**

