



Seminário do CONASS
*Para entender o Pacto
pela Saúde*

LEGISLAÇÃO

E NOTAS TÉCNICAS DO
CONASS



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



Expediente

PRESIDENTE: Jurandi Frutuoso (CE).

VICE-PRESIDENTES: Augustinho Moro (MT); Cláudio Xavier (PR); Fernando Dourado (PA); José Antônio Rodrigues (BA); e Luiz Roberto Barradas (SP).

SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE: Abelardo Vaz (AP); Aldemaro Cavalcanti (RN); Anselmo Tose (ES); Augustinho Moro (MT); Carmen Zanotto (SC); Cláudio Xavier (PR); Eugênia Glaucy Moura Ferreira (RR); Fernando Cupertino (GO); Fernando Dourado (PA); Gentil Porto (PE); Geraldo Almeida (PB); Gilson Cantarino (RJ); Gismar Gomes (TO); Helena Maria Duailibe Ferreira (MA); Jacy Quintella (AL); João Gabbardo (RS); José Antônio Rodrigues (BA); José Geraldo Maciel (DF); José Lima Santana (SE); Jurandi Frutuoso (CE); Luiz Roberto Barradas Barata (SP); Marcelo Teixeira (MG); Matias Gonsales Soares (MS); Milton Luiz Moreira (RO); Suely de Souza Melo (AC); Tatiana Vieira Sousa Chaves (PI); e Wilson Duarte Alecrim (AM).

SECRETÁRIO EXECUTIVO: Ricardo Scotti.

COORDENADORA DE GABINETE: Eliana Dourado.

COORDENADORA FINANCEIRA: Regina Nicoletti.

COORDENADOR TÉCNICO: René Santos.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO: Adriane Cruz e Vanessa Pinheiro.

ASSESSORIA TÉCNICA: Déa Carvalho, Gisele Bahia, Júlio Müller, Lore Lamb, Márcia Huçulak, Rita Cataneli e Viviane Luiz.

APOIO ADMINISTRATIVO: Adriano Salgado, Carolina Abad, Júlio B. C. Filho, Luciana Tolêdo Lopes e Sheyla Ayala.

CÂMARAS TÉCNICAS: Assistência Farmacêutica; Atenção à Saúde; Epidemiologia; Gestão e Financiamento; Informação e Informática; Recursos Humanos; e Vigilância Sanitária.



Apresentação

Esse material reúne a legislação referente ao Pacto pela Saúde 2006 e tem por objetivo servir de subsídio ao trabalho das equipes técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde. Está dividido em duas partes: a primeira, contendo as portarias referentes ao Pacto, publicadas até o dia 23 de maio de 2006, e as Notas Técnicas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) explicando-as detalhadamente.

Para acompanhar os desdobramentos normativos sobre o Pacto pela Saúde 2006, acesse o *site* do CONASS.

www.conass.org.br



Sumário

Parte I

Portarias do Pacto pela Saúde 2006

• Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006	7
Anexo I – Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS	7
Anexo II – Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006	9
• Portaria GM/MS 598 de 23 de março de 2006	33
Anexo – Quadro Demonstrativo do Processo de Descentralização	34
• Portaria GM/MS 648 de 28 de março de 2006	35
Anexo I - As atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de Saúde Buca e de Agentes Comunitários da Saúde	48
Anexo II – da Política Nacional de Atenção Básica	
– Quadro para projetos de implantação ACS/SF/SB	50
Anexo III – Política Nacional de Atenção Básica	52
• Portaria GM/MS 649 de 28 de março de 2006	53
• Portaria GM/MS 650 de 28 de março de 2006	53
• Portaria GM/MS 675 de 30 de março de 2006	54
Anexo – Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde	55
• Portaria GM/MS 687 de 30 de março de 2006	59
Anexo – Política Nacional de Promoção da Saúde	59
• Portaria GM/MS 698 de 30 de março de 2006	69
• Portaria GM/MS 699 de 30 de março de 2006	72
Anexo I – Termo de Compromisso de Gestão Municipal	76
Anexo II - Termo de Compromisso de Gestão Estadual	84
Anexo III - Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal	91
Anexo IV - Termo de Compromisso de Gestão Federal	99
Anexo V – Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos	106
Anexo VI – Modelo para Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal	106
Anexo VII-a – Termo do Limite Financeiro Global do Município	107
Anexo VII-b – Termo do Limite Financeiro Global do Estado	107
Anexo VII-c – Termo do Limite Financeiro Global do Distrito Federal	108
Anexo VIII – Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal/ Sistematização do Processo de Pactuação das Atribuições e Responsabilidades Sanitárias dos Municípios	108
Anexo IX – Para possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de gestão	109
• Portaria GM/MS 822 de 17 de abril de 2006	110
• Portaria GM/MS 1.097 de 22 de maio de 2006	111
Anexo I – Termo de Compromisso para Garantia de Acesso	114
Anexo II – Quadros 1 ao 9	114

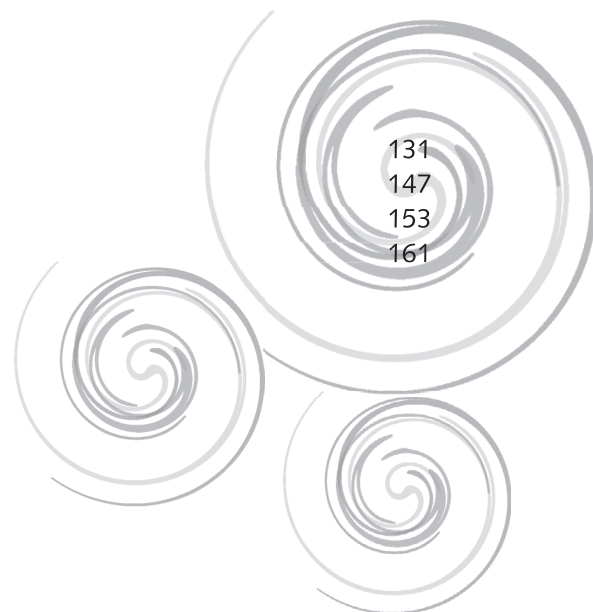
Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

119

Parte II

Notas Técnicas do CONASS sobre o Pacto pela Saúde

• Nota Técnica n.º 6 – Para entender o Pacto pela Saúde 2006	131
• Nota Técnica n.º 11 – Política Nacional de Regulação	147
• Nota Técnica n.º 12 – Política Nacional de Atenção Básica	153
• Nota Técnica n.º 13 – Financiamento	161





**PORTARIA GM/MS 399
(DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006).**

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

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

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Ter-

mo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

**Anexo I
PACTO PELA SAÚDE 2006
Consolidação do SUS**

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. É avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos



três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006

I – O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

SAÚDE DO IDOSO: Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA: Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA: Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS:

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE

DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes



blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELECEM AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este PACTO PELA SAÚDE 2006 aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

Ministério da Saúde

Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASEMS

Anexo II

DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PACTO PELA SAÚDE EM 2006

CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frente a esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O documento a seguir

contempla o pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega 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 a 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.

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

I – PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

Saúde do idoso;

Controle do câncer de colo de útero e de mama;

Redução da mortalidade infantil e materna;

Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;

Promoção da Saúde;

Fortalecimento da Atenção Básica.

A – SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:



- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2 - Ações estratégicas:

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

B – CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

1 - Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero:

Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.

Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

2 – Metas para o Controle do Câncer de mama:

Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.

Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

C – REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

1 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil

Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.

Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.

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

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

2 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

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

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

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

D – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA E INFLUENZA.

1 - Objetivos e metas para o Controle da Dengue

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



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

2 - Meta para a Eliminação da Hanseníase:

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

3 - Metas para o Controle da Tuberculose:

Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano;

4- Meta para o Controle da Malária

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

5 – Objetivo para o controle da Influenza

Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

E – PROMOÇÃO DA SAÚDE

1 - Objetivos:

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

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

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

Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;

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

F – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

1 - Objetivos

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

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

Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.

Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

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

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

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

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

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

II - PACTO EM DEFESA DO SUS

1 - Diretrizes

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

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

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

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

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

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

A garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema;

3 – Ações do Pacto em Defesa do SUS:

As ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar:

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

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



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

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

Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados;

Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

III - PACTO DE GESTÃO

Estabelece Diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da 1 - Descentralização; 2 - Regionalização; 3 - Financiamento; 4 - Planejamento; 5 - Programação Pactuada e Integrada – PPI; 6 - Regulação; 7 - Participação Social; 8 - Gestão do Trabalho; 9 - Educação na Saúde.

A - DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS

1 - Descentralização

Buscando aprofundar o processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, são fixadas as seguintes premissas, que devem orientar este processo:

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos;

Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite;

As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;

As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso;

A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite;

O detalhamento deste processo, no que se refere à descentralização de ações realizadas hoje pelo Ministério da Saúde, será objeto de portaria específica.

2 - Regionalização

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e

deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI, detalhados no corpo deste documento.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

2.1- Objetivos da Regionalização:

Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;

Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;

Garantir a integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;

Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;

Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possi-



bilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Regiões de Saúde

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território;

A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;

A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares;

O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município;

As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso;

Os estados e a união devem apoiar os municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades;

O corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade;

Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário;

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

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

O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em

alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

As regiões podem ter os seguintes formatos:

Regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

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

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

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

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

Mecanismos de Gestão Regional

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

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

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

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

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



o processo de planejamento local.

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

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

Etapas do Processo de Construção da Regionalização

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

Contigüidade entre os municípios;

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

Existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;

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

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

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

O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em Atenção Básica e parte da Média Complexidade.

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

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

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

Constituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional:

A constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da representação estadual.

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

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

Estabelecer uma agenda regular de reuniões;

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

Instituir um processo dinâmico de planejamento regional

Atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde

Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos

Priorizar linhas de investimento

Estimular estratégias de qualificação do controle social

Apoiar o processo de planejamento local

Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional

Reconhecimento das Regiões

As Regiões Intramunicipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.

As Regiões Intraestaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS.

As Regiões Interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.

As Regiões Fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.

O desenho das Regiões intra e interestaduais deve ser submetida a aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde.

3 - Financiamento do Sistema Único de Saúde

São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

Responsabilidade das três esferas de gestão – União,



Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;

Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;

Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;

Financiamento de custeio com recursos federais constituído, organizados e transferidos em blocos de recursos;

O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo as especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;

As bases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

- Os blocos de financiamento para o custeio são:

- a) Atenção básica
- b) Atenção de média e alta complexidade
- c) Vigilância em Saúde
- d) Assistência Farmacêutica
- e) Gestão do SUS

a) Bloco de financiamento para a Atenção Básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais comporão o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável e seus valores serão estabelecidos em Portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

O Piso de Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde;

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

O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias:

- Saúde da Família;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Saúde Bucal;
- Compensação de especificidades regionais
- Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas

Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário

Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao Município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destina e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde;

O PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passam a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

Compensação de Especificidades Regionais é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do Estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

b) Bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC serão incorporados ao Limite Financeiro de cada Estado, Município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC se destina, assim, ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

Procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade;

Transplantes;

Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;

Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

c) Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde comporão o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária;

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o componente da Vigilância Sanitária em Saúde;



O financiamento para as ações de vigilância sanitária deve consolidar a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades.

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

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

Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II)

Campanhas de Vacinação

Incentivo do Programa DST/AIDS

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

No Componente da Vigilância Sanitária, os recursos do Termo de Ajuste e Metas – TAM, destinados e não transferidos aos estados e municípios, nos casos de existência de saldo superior a 40% dos recursos repassados no período de um semestre, constituem um Fundo de Compensação em VISA, administrado pela ANVISA e destinado ao financiamento de gestão e descentralização da Vigilância Sanitária.

Em Estados onde o valor per cápita que compõe o TAM não atinge o teto orçamentário mínimo daquele Estado, a União assegurará recurso financeiro para compor o Piso Estadual de Vigilância Sanitária – PEVISA.

d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica

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

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

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agra-

vos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

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

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

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

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

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

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

Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais);

Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;

Imunobiológicos;

Insulina;

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

A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado.

O Ministério da Saúde repassará aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos Estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo – APAC.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

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



Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas.

Definição de percentual para o co-financiamento entre gestor federal e gestor estadual;

Revisão periódica de valores da tabela;

Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

e) Bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde

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

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos:

Regulação, controle, avaliação e auditoria

Planejamento e Orçamento

Programação

Regionalização

Participação e Controle Social

Gestão do Trabalho

Educação em Saúde

Incentivo à Implementação de políticas específicas

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

Financiamento para Investimentos

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

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a re-adequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

Estímulo à Regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com equidade no acesso.

Investimentos para a Atenção Básica - recursos para

investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

4 - Planejamento no SUS

O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais, regionais e nacionais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;

Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;



Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;

Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;

Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;

Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersectorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;

Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Pontos de pactuação priorizados para o Planejamento

Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;

Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;

Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

5 - Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;

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

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

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

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

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

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

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

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

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

6 - Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

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



trole Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

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

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

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

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

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

Cada prestador responde apenas a um gestor;

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

- da descentralização, municipalização e comando único;
- da busca da escala adequada e da qualidade;
- considerar a complexidade da rede de serviços locais;
- considerar a efetiva capacidade de regulação;
- considerar o desenho da rede estadual da assistência;
- a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

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

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

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

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

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

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

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

Contratualização de todos os prestadores de serviço;

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

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

7 - Participação e Controle Social

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

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

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

Apoiar o processo de formação dos conselheiros;

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

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

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

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

8 - Gestão do Trabalho

As diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS são as seguintes:

A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;

Estados, Municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde;

O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS;



Desenvolver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

As Diretrizes para Planos de Cargos e Carreira do SUS devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema;

Promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;

Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos Municípios, pelos Estados e União, conforme legislação vigente;

Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação dos SUS atuarão solidariamente na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento;

Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS;

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde;

- Serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS:

Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este Componente, Estados, Capitais, Distrito Federal e nos Municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde;

Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas forma-

doras existentes;

Sistema Gerencial de Informações - Esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

9 - Educação na Saúde

As diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde são:

Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;

Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;

Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;

Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;

Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e conseqüentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;

Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

IV - RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Este capítulo define as Responsabilidades Sanitárias e atribuições do Município, do Distrito Federal, do Es-



tado e da União. A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

Algumas responsabilidades atribuídas aos municípios devem ser assumidas por todos os municípios. As outras responsabilidades serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

No que se refere às responsabilidades atribuídas aos estados devem ser assumidas por todos eles.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

– MUNICÍPIOS

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

Todo município deve:

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

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

participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

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

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

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

desenvolver, a partir da identificação das necessi-

dades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

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

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

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

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

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

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

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

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

– ESTADOS

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

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;

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

Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem

ação articulada e simultânea entre os municípios;

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

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

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

– DISTRITO FEDERAL

Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;

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

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

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

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

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

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

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

Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;

Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

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



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

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

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

Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

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

Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

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

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

Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

– UNIÃO

Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

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

Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso;

Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

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

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

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

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

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

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

Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde públi-



ca – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLS - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

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

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

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

RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

– MUNICÍPIOS

Todo município deve:

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

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

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

participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

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

– ESTADOS

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

Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pac-

tuações na CIB;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

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

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

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

– DISTRITO FEDERAL

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

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

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

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

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

– UNIÃO

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

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

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

Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactua-



ação estabelecida;

Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

– MUNICÍPIOS

Todo município deve:

formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersectoriais voltadas para a promoção da saúde;

elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;

elaborar a programação da atenção à saúde, incluindo a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

– ESTADOS

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o proces-

so permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersectoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

– DISTRITO FEDERAL

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;

Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersectoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA



e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;

Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

– UNIÃO

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;

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

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

Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos finan-

ceiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

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

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

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

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

adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

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

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

– ESTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

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

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

Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;

Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;

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

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;

Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;

Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde;



Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

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

– DISTRITO FEDERAL

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

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

Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

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

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

Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;

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

Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;

Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a programação estabelecida;

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

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

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

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com

prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

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

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

– UNIÃO

Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

Propor e pactuar as normas de solicitação e autoriza-



ção das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;

Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;

Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de

acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;

Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

– ESTADOS

Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

– DISTRITO FEDERAL

Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito



Federal e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

– UNIÃO

Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;

Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

formular e promover a gestão da educação perma-

nente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;

apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

– ESTADOS

Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

– DISTRITO FEDERAL

Formular e promover a gestão da educação perma-



nente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

– UNIÃO

Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção;

RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;

estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

– ESTADOS

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

– DISTRITO FEDERAL

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;



Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais

- UNIÃO

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

V - IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

A - PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

A implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas, pactuadas na CIT.

Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normatização específica, contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida, referidas no item I deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, constantes do item III e os indicadores de monitoramento.

Os Termos de Compromisso de Gestão devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação;

Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em portaria específica.

Fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/96 e na NOAS SUS 2002.

Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

B - PROCESSO DE MONITORAMENTO

O processo de monitoramento dos Pactos deve seguir as seguintes diretrizes:

Ser um processo permanente, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da união com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

Estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão;

Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

VI - DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO DO SUS

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de



Secretários de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Um dos representantes dos municípios é, necessariamente, o Secretário de Saúde da Capital. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde devem ser constituídos Colegiados de Gestão Regionais.

A definição sobre o número de membros de cada CIB deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.

As decisões da CIB e CIT serão tomadas sempre por consenso.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB serão formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde deverão ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo.

**PORTARIA GM/MS 598
(DE 23 DE MARÇO DE 2006).**

Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.

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

Considerando o art. 198 da Constituição Federal e o inciso IX do art. 7º da Lei nº 8.080 de 1990, que apontam a descentralização como uma diretriz e princípio, respectivamente, do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a disposição do Ministério da Saúde em priorizar seu papel de proposição de políticas, participação no co-financiamento, desenvolvimento das ações de cooperação técnica, avaliação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos;

Considerando a necessidade de aproximar os processos de descentralização, de organização e de gestão do SUS às suas atuais exigências e demandas;

Considerando a necessidade de fortalecer as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços privilegiados para processos de pactuação intergestores, objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a

definição das normas ordenadoras do Sistema Único de Saúde;

Considerando as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) como instâncias de pactuação para a realização dos pactos intra-estaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); e

Considerando o Anexo II – Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS, da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Definir que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

§ 1º Os processos pactuados no âmbito de cada CIB deverão respeitar as diretrizes aprovadas na CIT e os critérios técnicos das portarias específicas do Ministério da Saúde.

§ 2º A CIB terá o prazo de 30 dias para se posicionar.

Art. 2º Serão descentralizados na primeira etapa os processos referentes às áreas: hospitalar, de saúde do trabalhador e de média e alta complexidade, conforme o Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. As áreas constantes do Anexo a esta Portaria têm prazos distintos para o processo de descentralização.

Art. 3º Definir que para a garantia da permanente qualificação do processo de descentralização seja efetuado o desenvolvimento de ações como:

I - oferta de capacitação das equipes técnicas de estados e de municípios para adequada realização das ações descentralizadas;

II - apoio técnico às CIBs, por parte da CIT e do Ministério da Saúde (MS), como forma de estabelecer um processo permanente de qualificação das pactuações em curso; e

III - definição das informações estratégicas, constantes do Anexo a esta Portaria, que devem ser enviadas ao MS para subsidiar o processo de homologação, monitoramento e avaliação.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogado itens 1.1.3 e 1.1.4 do Anexo II à Portaria nº 1.273/GM, de 21 de novembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 23 de novembro de 2000, Seção 1, página 51, os itens 2.5, 2.6, 2.8, 3.3, 3.4 e 3.5 do Anexo I à Portaria SAS/MS nº 95, de 16 de fevereiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 31, de 16 de fevereiro de 2005, Seção 1, página 32, o art. 9º, o § 2º do art. 9º e o item 1.2.4 do Anexo I à Portaria SAS nº 118, de 23 de fevereiro de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 37, de 24



de fevereiro de 2005, Seção 1, página 47, os itens 1.2.4 e 1.2.6, do Anexo I à Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 117, de 21 de junho de 2004, Seção 1, página 43, o item I) nº 4 letra L e item II) nº 2 letras a e b do Anexo à Portaria SAS/MS nº 211, de 15 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 115, de 17 de junho de 2004, Seção 1, página 93, item I) Disposições Gerais - letras A, B e D do Anexo II à Portaria SAS/MS nº 587, de 7 de outubro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 196, de 11 de outubro de 2004, Seção 1, página 105, e os itens 1.2.3 e 1.2.4 do Anexo I, à Portaria SAS/MS nº 472, de 24 de julho de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 141, de 24 de julho de 2002, Seção 1, página 132.

SARAIVA FELIPE

**ANEXO (Pt. GM/MS 598)
QUADRO DEMONSTRATIVO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO**

ÁREA	AÇÃO DESCENTRALIZADA	NOVO FLUXO	INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS	PRAZO
Hospitalar	Análise e aprovação do credenciamento dos leitos de UTI.	A SMS e/ou a SES formaliza processo para credenciamento de leitos de UTI (à luz da legislação vigente), encaminha para análise da SES e pactuação na CIB. Posteriormente são encaminhadas ao MS as informações estratégicas, necessárias à homologação, publicação do credenciamento e aos processos de acompanhamento e avaliação.	Ofício da CIB com: Nome e CNPJ do hospital, nº de leitos a ser em credenciados, tipo e especialidade; Cópia da Resolução CIB aprovando	30 dias a contar da publicação dessa portaria.
Saúde do Trabalhador	Análise e aprovação do Plano de Ação e credenciamento do CEREST.	A SMS e/ou SES elabora o Plano de Ação do CEREST, de acordo com a portaria GM 2.437/05, encaminha para análise da SES e pactuação na CIB. Em seguida, encaminha ao MS as informações estratégicas necessárias à homologação, publicação do credenciamento e aos processos de acompanhamento e avaliação.	Ofício da CIB anexando: Cópia do Plano de Ação; Cópia da Resolução CIB aprovando o Plano e o credenciamento.	60 dias a contar da publicação dessa portaria.
Alta e Média Complexidade	Análise e aprovação do processo de credenciamento dos serviços de média e alta complexidades*	A SMS e/ou SES formaliza o processo de solicitação de credenciamento, conforme as portarias técnicas de cada área. A SES faz a avaliação técnica do processo e encaminha para pactuação na CIB. Em seguida são encaminhadas ao MS as informações estratégicas necessárias à homologação, publicação do credenciamento e aos processos de acompanhamento e avaliação.	Ofício da CIB anexando: Cópia da Resolução CIB aprovando o credenciamento; Documento check list; Informações sobre o impacto financeiro.	90 dias a contar da publicação dessa portaria.

* Este item se refere a todas as áreas de Alta complexidade com políticas vigentes.



**PORTARIA GM/MS 648
(DE 28 DE MARÇO DE 2006).**

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

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

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

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

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

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

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

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

R E S O L V E:

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página 104, nº 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29, nº 1.013/GM, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33, nº 267/GM, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67, nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39, nº 396/GM, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21, nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 674/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 675/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45, nº 2.081/GM, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46, nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55, nº 1.432/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35, nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de



15 de julho de 2004, Seção 1, página 36, nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.025/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45, nº 619/GM, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56, nº 873/GM, de 8 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 110, de 10 de junho de 2005, Seção 1, página 74 e nº 82/SAS, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.

SARAIVA FELIPE

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CAPÍTULO I

Da Atenção Básica

1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

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

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

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

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

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

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

VI - estimular a participação popular e o controle social.

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

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

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

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

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações



de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educa-

ção permanente dos profissionais das equipes; e

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

b) comunicação ao Ministério da Saúde; e

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

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

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

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

Saúde da Família;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Aten-



ção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

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

I - definição do território de atuação das UBS;

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

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

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

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

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

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

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

7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

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

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

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

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



CAPÍTULO II

Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

1 - PRINCÍPIOS GERAIS

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

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

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

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

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

V - ser um espaço de construção de cidadania.

2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

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

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

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

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

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

IV - assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal

e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

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

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

2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

2.3. Compete ao Distrito Federal:

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

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

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

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

2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

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

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

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

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

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

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será

realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

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

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

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

a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e

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

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

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;

II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;

III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;

IV - definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e

V - o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002.

4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indiví-

duos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

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

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

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

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

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

5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

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

Recomenda-se que:

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

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

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

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

6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes



no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;

b) infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;

e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;

f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;

h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

Do Financiamento Da Atenção Básica

1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite.

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

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

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

2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

- I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;
- II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;
- III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e
- IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações

de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

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

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

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

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

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

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

2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável

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

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

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

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);



- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Equipe de Saúde da Família (ESF)

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

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela

fórmula: população / 2400.

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

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

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

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

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

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

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

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

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

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

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



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

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

Equipes de Saúde Bucal (ESB)

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

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

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

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

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

Compensação de Especificidades Regionais

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

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

A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

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

3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

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

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

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

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

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

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

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

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

4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

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



cretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

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

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

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

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

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

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

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

5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

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

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

a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;

b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;

c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;

d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;

e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;

f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; e

g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

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

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

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável

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

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

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

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

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

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

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

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

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



6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

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

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

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

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

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

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

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

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

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

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

ANEXO I

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

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

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e ma-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XII - participar das atividades de educação permanente; e

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

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

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

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do tra-



balho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

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

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

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

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

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

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

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

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

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

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

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

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

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

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

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

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

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

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

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

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

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

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

Do Médico:

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

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

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

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

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

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

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



Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

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

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

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

Do Cirurgião Dentista:

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

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

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

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

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

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

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

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

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

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

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

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

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

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

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

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

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

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

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

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

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

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

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

ANEXO II
DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
Quadros Para Projetos de Implantação ACS/SF/SB
Caracterização Geral

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



Infra-Estrutura

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

Forma de contratação de recursos humanos

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

Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas

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

Avaliação e acompanhamento das ações

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

Quadro resumo de financiamento das áreas de implantação

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

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



Definição das Referências na Média Complexidade

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

ANEXO III DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

SOLICITAÇÃO RETROATIVA DE COMPLEMENTAÇÃO DO REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS ANO _____
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

CÓDIGO IBGE: _____ COMPETÊNCIA: _____

TIPO DE INCENTIVO: CUSTEIO () ADICIONAL ()
ESF () ACS () ESB Mod I () ESB Mod II ()

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: _____

MOTIVO DO NÃO CADASTRAMENTO NO SIAB: _____

NOMES PROFISSIONAIS	CATEGORIA PROFISSIONAL	REGISTRO PROFISSIONAL/IDENTIDADE

NOME DA EQUIPE: Identificação da equipe através do nome por ela utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Identificar, inicialmente, se o incentivo é de custeio (aquele transferido mensalmente) ou é o adicional. Em seguida, marcar se é relativo a equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou equipes de saúde bucal, modalidade I ou II.

RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS: Nome completo de cada profissional integrante da equipe, que não gerou incentivo.

CATEGORIA PROFISSIONAL: Identificar a categoria de cada profissional listado na coluna anterior

IDENTIDADE/ REGISTRO PROFISSIONAL: Informar, para o médico, enfermeiro e dentista, o registro profissional; e para os demais, digitar o número do documento de identidade,

DATA: _____

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE: _____

SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO: _____



**PORTARIA Nº 649,
DE 28 DE MARÇO DE 2006**

Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica.

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

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica, Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e define critérios para uso dos recursos da atenção básica, resolve:

Art. 1º Definir, para o ano de 2006, a transferência, em parcela única, no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por curso de graduação, aos municípios que aderiram ao PROSAÚDE e recebem alunos de enfermagem, medicina e/ou odontologia nas Unidades Básicas de Saúde municipais das equipes de Saúde da Família.

Art. 2º Definir, para o ano de 2006, como valor de transferência para estruturação de Unidades Básicas de Saúde municipais das equipes Saúde da Família, aos municípios que recebem nessas unidades, médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade, cadastrados na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), parcela única de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) por aluno residente.

Art. 3º Definir que os recursos tratados nos artigos 1º e 2º desta Portaria sejam transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para reformas, adequações de área física e equipamentos.

Art. 4º Definir que cabe à Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS), em conjunto com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), a publicação da listagem de municípios que atendam aos critérios desta Portaria, com seus respectivos valores.

Art. 5º Definir que os recursos orçamentários, de que trata a presente Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.846.1214.0587 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

II - 10.845.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso da Atenção Básica - PAB para a Saúde da Família.

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

SARAIVA FELIPE

**PORTARIA Nº 650,
DE 28 DE MARÇO DE 2006**

Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria de Diretrizes e Normas para a Atenção Básica, Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde no SUS e define critérios para repasse do Piso de Atenção Básica, fração fixa e variável, resolve:

Art. 1º Definir que o valor mínimo per capita do Piso de Atenção Básica - PAB, fração fixa (PAB fixo) corresponde a R\$ 13,00 (treze reais)/habitante por ano.

Parágrafo único. Prevalecerá o maior valor per capita do PAB fixo nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, com base na data da publicação desta Portaria.

Art. 2º Incorporar ao PAB fixo dos municípios que recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares, em acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999 (Anexo I), os valores correspondentes aos pagos pelas equipes de saúde dos projetos similares ao PSF e os Incentivos à Descentralização de Unidades de Saúde da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), de acordo com a Portaria nº 233/GM, de 24 de março de 1999, e a Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002 (Anexo II), a partir da competência março de 2006.

Art. 3º Criar duas modalidades de Incentivo Financeiro para as Equipes de Saúde da Família, implantadas em conformidade aos critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica.

§ 1º O valor dos Incentivos Financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família na Modalidade 1 é de R\$ 8.100,00 (oito mil e cem reais) a cada mês, por equipe.

§ 2º Fazem jus ao recebimento na Modalidade 1 todas as Equipes de Saúde da Família dos municípios constantes do Anexo III a esta Portaria e as Equipes de Saúde da Família dos municípios constantes do Anexo IV a esta Portaria, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido neste Anexo IV.

§ 3º O valor dos Incentivos Financeiros referentes às Equipes de Saúde da Família na Modalidade 2 é de R\$ 5.400,00 (cinco mil e quatrocentos reais) a cada mês, por equipe.



Art. 4º Definir que o valor do Incentivo Financeiro para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) seja de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por ACS a cada mês, a partir da competência financeira abril de 2006, estabelecendo como base de cálculo, o número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), na respectiva competência financeira.

Parágrafo único. No último trimestre de cada ano, será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de Agentes Comunitários de Saúde registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo fixado no caput deste artigo.

Art. 5º Definir os seguintes valores de Incentivo Financeiros das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Modalidades 1 e 2, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica:

I - Para as ESB na Modalidade 1 serão transferidos R\$ 1.700,00 (um mil e setecentos reais) a cada mês, por equipe; e

II - Para as ESB na Modalidade 2 serão transferidos R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) a cada mês, por equipe.

Parágrafo único. Fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos referentes as ESB implantadas de acordo com as modalidades definidas no caput deste artigo, todas as Equipes de Saúde Bucal dos municípios constantes do Anexo III a esta Portaria e as Equipes de Saúde Bucal dos municípios constantes no Anexo IV a esta Portaria, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido neste Anexo IV.

Art. 6º Definir como valor de transferência para cada Equipe Saúde da Família implantada R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) a ser transferido em duas parcelas de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) nos meses subseqüentes ao mês de implantação, como recurso para investimento nas Unidades Básicas de Saúde e realização do Curso Introdutório.

Art. 7º Definir como valor de transferência para cada Equipe Saúde Bucal implantada R\$ 7.000,00 (sete mil reais) a ser transferido em parcela única no mês subseqüente ao de implantação, como recurso para investimento nas Unidades Básicas de Saúde e realização do Curso Introdutório.

Art. 8º Atualizar a base populacional para o cálculo do PAB fixo e variável com base na população IBGE 2005 e população assentada de 2005, segundo informação do Ministério do Desenvolvimento Agrário, conforme Anexo V a esta Portaria.

Art. 9º Definir que os recursos orçamentários, de

que trata esta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.846.1214.0587 - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros;

II - 10.845.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica - PAB para a Saúde da Família.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir do mês de competência abril de 2006.

SARAIVA FELIPE

**PORTARIA Nº 675/GM
DE 30 DE MARÇO DE 2006.**

Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

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

Considerando o disposto no art. 196 da Constituição, relativamente ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a importância do fortalecimento do SUS como política pública de saúde pelas três esferas de governo e pela sociedade civil;

Considerando a Lei nº 9.656, de 1998, da Saúde Suplementar, sua regulamentação e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei nº 9.961/2000);

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS em implementação pelo Ministério da Saúde a partir de maio de 2003;

Considerando a necessidade de garantir o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo para os usuários dos serviços de saúde;

Considerando a necessidade de definir parâmetros de qualificação do atendimento humanizado para a população brasileira, respeitando as diversidades culturais, ambientais e locais; e

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão,

R E S O L V E

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que conso-



lida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

Art. 2º Convidar todos os gestores, os profissionais de saúde, as organizações civis, as instituições e as pessoas interessadas em promover o respeito desses direitos e a assegurar seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

Art. 3º Determinar que a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde seja afixada em todas as unidades de saúde, públicas e privadas, em todo o País, em local visível e de fácil acesso pelos usuários.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

ANEXO

A carta que você tem nas mãos baseia-se em seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A carta é também uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade.

PRINCÍPIOS DESTA CARTA

I - todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;

II - todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;

III - todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;

IV - todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;

V - todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; e

VI - todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

SE PRECISAR, PROCURE A SECRETARIA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde:

Considerando o art. 196, da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção proteção e recuperação da saúde;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde; e

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite apresentam a Carta dos Direitos do Usuários da Saúde e convidam todos os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas para que promovam o respeito destes direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

PRIMEIRO PRINCÍPIO

Assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.

Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:

I - o acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia;

II - nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema;

III - em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo;

IV - o encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda;

V - quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio;

VI - as informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos



profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social;

VII - o acesso de que trata o caput inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva; e

VIII - a garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente às pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

SEGUNDO PRINCÍPIO

Assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

I - atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde;

II - informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:

a) hipóteses diagnósticas;

b) diagnósticos confirmados;

c) exames solicitados;

d) objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;

e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;

f) duração prevista do tratamento proposto;

g) no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou conseqüências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;

h) finalidade dos materiais coletados para exames;

i) evolução provável do problema de saúde;

j) informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário;

III - registro em seu prontuário, entre outras, das seguintes informações, de modo legível e atualizado:

a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição tera-

pêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de enfermagem e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;

b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

c) identificação do responsável pelas anotações.

IV - o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

V - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:

a) o nome genérico das substâncias prescritas;

b) clara indicação da posologia e dosagem;

c) escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;

d) textos sem códigos ou abreviaturas;

e) o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;

f) a assinatura do profissional e data;

VI - o acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar, quando pertinente, treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial;

VII - encaminhamentos para outras unidades de saúde, observando:

a) caligrafia legível ou datilografados/digitados ou por meio eletrônico;

b) resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;

c) a não-utilização de códigos ou abreviaturas;

d) nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado; e

e) identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

TERCEIRO PRINCÍPIO

Assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e à uma relação mais pessoal e saudável.

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:



I - a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual preferir ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

II - profissionais que se responsabilizem por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção;

III - nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a:

- a) integridade física;
- b) privacidade e conforto;
- c) individualidade;
- d) seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;

- f) segurança do procedimento;
- g) bem-estar psíquico e emocional;

IV - o direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

V - se criança ou adolescente, em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação;

VI - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

VII - a opção pelo local de morte; e

VIII - o recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário.

QUARTO PRINCÍPIO

Assegura o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

I - escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação, e ter sido informado pela operadora

da existência e disponibilidade do plano referência;

II - o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública;

III - acesso a qualquer momento, o paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência;

IV - recebimento de laudo médico, quando solicitar;

V - consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública;

VI - o consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais;

VII - não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, nos locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados;

VIII - a indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;

IX - receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social;

X - ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento;

XI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação.

XII - saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço;

XIII - ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade; e **XIV** - participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

QUINTO PRINCÍPIO

Assegura as responsabilidades que o cidadão tam-



bém deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada.

Todo cidadão deve se comprometer a:

I - prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações, sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde;

II - manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas;

III - seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico;

IV - informar ao profissional de saúde e/ou à equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde;

V - assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde;

VI - contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo, derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente;

VII - adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde;

VIII - ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permanecem em seu poder;

IX - observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta declaração;

X - atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento;

XI - comunicar aos serviços de saúde ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados; e

XII - participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

SEXTO PRINCÍPIO

Assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos. Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

I - promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação;

II - adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta declaração, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada;

III - incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS;

IV - promover atualizações necessárias nos regimentos e/ou estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta declaração; e

V - adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do sistema de saúde.

RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE DO CIDADÃO

Compete ao município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” – Constituição da República Federativa do Brasil, art. 30, item VII.

RESPONSABILIDADES PELA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

I - DOS GOVERNOS MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- a) gerenciar e executar os serviços públicos de saúde;
- b) celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução;
- c) participar do planejamento, programação e organização do SUS em articulação com o gestor estadual;
- d) executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- e) gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- f) celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução; e
- g) participar do financiamento e garantir o fornecimento de medicamentos básicos.

II - DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- a) acompanhar, controlar e avaliar as redes assistenciais do SUS;
- b) prestar apoio técnico e financeiro aos municípios;
- c) executar diretamente ações e serviços de saúde na rede própria;
- d) gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional;
- e) acompanhar, avaliar e divulgar os seus indicadores de morbidade e mortalidade;



f) participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir os medicamentos de alto custo em parceria com o governo federal;

g) coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador;

h) implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com a União e municípios; e

i) coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

III - DO GOVERNO FEDERAL:

a) prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal;

b) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

c) formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde;

d) definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância sanitária e epidemiológica;

e) estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em parceria com estados e municípios;

f) participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir para os estados os medicamentos de alto custo;

g) implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com estados e municípios;

h) participar na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

i) elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde; e

j) auditar, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

PORTARIA Nº 687/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006.

Aprova a Política de Promoção da Saúde.

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

Considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS; e

Considerando o Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS -, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme documento disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

ANEXO 1 MINISTÉRIO DA SAÚDE

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; A Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Nessa direção, o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

Saraiva Felipe

Ministro da Saúde



1. INTRODUÇÃO

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade.

Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao viver.

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população.

Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas.

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (BRASIL, 1986). Era um momento chave do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 1990).

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com

as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

No SUS a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária e, colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas da Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social.

O exercício da cidadania assim, vai além dos modos



institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede.

O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e, vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas.

Desta forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também a formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

No texto constitucional tem-se ainda que o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social.

No entanto, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam

o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor saúde o desafio de construir a intersetorialidade.

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.

O processo de construção de ações intersetoriais implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

O compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Dessa maneira, é tarefa do setor saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerarem a avaliação e os pa-



râmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas.

Ao se retomar as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa (BRASIL, 1996) e analisar a literatura na área observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu em grande parte vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Nesta linha de intervenção já é possível encontrar um acúmulo de evidências convincentes, que são aquelas baseadas em estudos epidemiológicos demonstrativos de associações convincentes entre exposição e doença a partir de pesquisas observacionais prospectivas e, quando necessário, ensaios clínicos randomizados com tamanho, duração e qualidade suficientes (BRASIL, 2004d).

Entretanto, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa (BRASIL, 1996) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2004a), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades

entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes.

Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna posto que seu processo de construção e de implantação/implementação nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Objetivos específicos

- Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;
- Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, dentre outras);
- Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores em saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividade-fim;
- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;
- Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;
- Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde;
- Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;
- Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;
- Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;
- Prevenir fatores determinantes e/ou condicionan-



tes de doenças e agravos à saúde;

- Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no país;
- Valorizar e ampliar a cooperação do setor da saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

3. DIRETRIZES

3.1. Reconhecer na Promoção da Saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde.

3.2. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde.

3.3. Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário.

3.4. Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais.

3.5. Incentivar a pesquisa em Promoção da Saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas.

3.6. Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

4. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

De acordo com as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS → Ministério da Saúde, Estados e Municípios, destacamos as estratégias preconizadas para implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde

4.1 Estruturação e fortalecimento das ações de Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil.

4.2 Estímulo à inserção de ações de Promoção da Saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção e controle ao tabagismo.

4.3 Desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de Promoção da Saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde.

4.4 Apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular referentes à Promoção da Saúde que atuem na Estratégia

Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

- Estímulo à inclusão nas capacitações do SUS de temas ligados à Promoção da Saúde.

- Apoio técnico a Estados e Municípios para inclusão nas capacitações do Sistema Único de Saúde de temas ligados à Promoção da Saúde.

4.5 Apoio a Estados e Municípios que desenvolvam ações voltadas para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis.

4.6 Apoio à criação de Observatórios de Experiências Locais referentes à Promoção da Saúde

4.7 Estímulo à criação de Rede Nacional de Experiências Exitosas na adesão e no desenvolvimento da estratégia de municípios saudáveis

- Identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde com foco em ações de Alimentação Saudável; Práticas Corporais/Atividades Físicas e Ambiente Livre de Tabaco.

- Identificação e desenvolvimento de parceria com Estados e municípios para a divulgação das experiências exitosas relativas a Instituições Saudáveis e Ambientes Saudáveis.

- Favorecimento da articulação entre os setores da saúde, meio ambiente, saneamento e planejamento urbano a fim de prevenir e/ou reduzir os danos provocados à saúde e ao meio ambiente, através do manejo adequado de mananciais hídricos e resíduos sólidos, uso racional das fontes de energia, produção de fontes de energia alternativas e menos poluentes.

- Desenvolvimento de iniciativas de modificação arquitetônicas e no mobiliário urbano que objetivem a garantia de acesso às pessoas portadoras de deficiência e idosas.

- Divulgação de informações e definição de mecanismos de incentivo para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis com ênfase na redução dos riscos de acidentes de trabalho

4.8 Criação e divulgação da Rede de Cooperação Técnica para Promoção da Saúde

4.9 Inclusão das ações de Promoção da Saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS.

- Apoio e fortalecimento de ações de Promoção da Saúde inovadoras utilizando diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação.

4.10 Inclusão da saúde e de seus múltiplos determinantes e condicionantes na formulação dos instrumentos ordenadores do planejamento urbano e/ou agrário (planos diretores, agendas 21 locais, dentre outros).

4.11 Estímulo à articulação entre Municípios, Estados e Governo Federal valorizando e potencializando o saber e as práticas existentes no âmbito da Promoção da Saúde;

- Apoio às iniciativas das Secretarias estaduais e



municipais no sentido da construção de parcerias que estimulem e viabilizem políticas públicas saudáveis.

4.12 Apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto na situação de saúde considerando ações de Promoção da Saúde.

- Apoio à construção de indicadores relativos as ações prioritizadas para a Escola Promotora de Saúde: alimentação 18 saudável; práticas corporais/atividade física e ambiente livre de tabaco.

4.13 Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando o conhecimento e a troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e países onde as ações de Promoção da Saúde estejam integradas ao serviço público saúde.

- Criação da Rede Virtual de Promoção da Saúde.

5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

GESTOR FEDERAL

- Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde.
- Promover a articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações referentes às ações de Promoção da Saúde.
 - Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite.
 - Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão.
 - Definir e apoiar as diretrizes capacitação e educação permanente em consonância com as realidades loco regionais.
 - Viabilizar linhas de financiamento para a Promoção da Saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumentos de avaliação de desempenho.
 - Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de Promoção da Saúde, garantindo tecnologias adequadas.
 - Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política de Promoção da Saúde.
 - Articular com os Sistemas de Informação existentes a inserção de ações voltadas a Promoção da Saúde no âmbito do SUS.
 - Buscar parcerias governamentais e não governamentais para potencializar a implementação das ações de Promoção da Saúde no âmbito do SUS.
 - Definir ações de promoção da saúde intersetoriais e pluriinstitucionais de abrangência nacional que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde

da população.

- Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e a divulgação das ações de Promoção da Saúde.

- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de Promoção da Saúde.

- Promoção de cooperação nacional e internacional referentes às experiências de Promoção da Saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.

- Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de Promoção da Saúde.

GESTOR ESTADUAL

- Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde.
 - Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades loco-regionais.
 - Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política, considerando a composição bipartite.
 - Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde nas Secretarias de Saúde de Estado.
 - Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações de Promoção da Saúde.
 - Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão.
 - Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de Promoção da Saúde, garantindo tecnologias adequadas.
 - Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.
 - Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades loco regionais.
 - Viabilizar linha de financiamento para Promoção da Saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito estadual.
 - Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde.
 - Buscar parcerias governamentais e não governamentais para potencializar a implementação das ações de Promoção da Saúde no âmbito do SUS.
 - Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de Promoção da Saúde.
 - Elaboração de materiais de divulgação visando a



socialização da informação e a divulgação das ações de Promoção da Saúde.

- Promoção de cooperação referente às experiências de Promoção da Saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde.
- Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de Promoção da Saúde.

GESTOR MUNICIPAL

- Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde.
- Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais.
- Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política de Promoção da Saúde.
- Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde nas Secretarias de Municipais de Saúde.
- Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de Promoção da Saúde, garantindo tecnologias adequadas.
- Participação efetiva nas iniciativas dos gestores federal e estadual no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de dados e informações fidedignas que qualifiquem a pesquisas nessa área.
- Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política.
- Implantar estruturas adequadas para monitoramento e avaliação das iniciativas de promoção da saúde.
- Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais.
- Viabilizar linha de financiamento para Promoção da Saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito municipal.
- Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de Promoção da Saúde.
- Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica.
- Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde.
- Buscar parcerias governamentais e não governamentais para potencializar a implementação das ações de Promoção da Saúde no âmbito do SUS.
- Ênfase ao planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, no qual os determinantes e condicionantes da saúde sejam instrumentos para formulação

das ações de intervenção.

- Reforço da ação comunitária, através do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório.
- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de Promoção da Saúde.
- Elaboração de materiais de divulgação visando a socialização da informação e a divulgação das ações de Promoção da Saúde.
- Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de Promoção da Saúde.

6. AÇÕES ESPECÍFICAS

Para o biênio 2006-2007 foram priorizadas as ações voltadas a:

- 6.1** Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde,
- 6.2** Alimentação Saudável,
- 6.3** Prática Corporal/Atividade Física,
- 6.4** Prevenção e Controle do Tabagismo,
- 6.5** Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas,
- 6.6** Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito,
- 6.7** Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz,
- 6.8** Promoção do desenvolvimento sustentável.

6.1 Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde

- 6.1.1** Promover seminários internos no Ministério da Saúde destinados à divulgação da PNPS, com adoção de seu caráter transversal.
- 6.1.2** Convocar uma mobilização nacional de sensibilização para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, com estímulo à adesão de estados e municípios.
- 6.1.3** Discutir nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares.
- 6.1.4** Avaliar o processo de implantação da PNPS em fóruns de composição tripartite.

6.2 Alimentação Saudável

- 6.2.1** Promover ações relativas à Alimentação Saudável visando à promoção da saúde e a segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do Direito Humano à Alimentação Adequada.
- 6.2.2** Promover articulação intra e intersetorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das



diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global.

- Contribuir com a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável, considerando as especificidades culturais, regionais e locais.

- Mobilização de instituições públicas, privadas e de setores da sociedade civil organizada visando a RATIFICAR a implementação de ações de combate à fome e de aumento do acesso ao alimento saudável pelas comunidades e grupos populacionais mais pobres.

- Articulação intersetorial no âmbito dos conselhos de segurança alimentar, para que o crédito e o financiamento da agricultura familiar incorpore ações de fomento à produção de frutas, legumes e verduras visando o aumento da oferta e o consequente aumento do consumo destes alimentos no país, de forma segura e sustentável, associado às ações de geração de renda.

- Firmar uma agenda/pacto/compromisso social com diferentes setores (poder legislativo, setor produtivo, órgãos governamentais e não governamentais, organismos internacionais, setor de comunicação e outros), definindo os compromissos e responsabilidades sociais de cada setor, com o objetivo de favorecer/garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população, possibilitando a redução e o controle das taxas das DCNT no Brasil.

- Articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável, o que inclui: espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e para as populações institucionalizadas.

- Articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco do DCNT, com especial ênfase para a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos.

6.2.3 Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira

- Divulgação ampla do “Guia Alimentar da População Brasileira” para todos os setores da sociedade.

- Produção e distribuição de material educativo (guia alimentar da população brasileira, 10 passos para uma alimentação saudável para diabéticos e hipertensos, cadernos de atenção básica sobre prevenção e tratamento da obesidade e orientações para a alimentação saudável dos idosos).

- Desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável.

- Estimular ações que promovam escolhas alimen-

tares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda.

- Estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos.

- Produção e distribuição de material educativo e desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios da amamentação.

- Sensibilização dos trabalhadores em saúde quanto à importância e benefícios da amamentação.

- Incentivo para a implantação de bancos de leite humano nos serviços de saúde.

- Sensibilização e educação permanente dos trabalhadores em saúde no sentido de orientar as gestantes HIV-positivo quanto às especificidades da amamentação (utilização de banco de leite humano e de fórmula infantil).

6.2.4 Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar

- Fortalecimento das parcerias com a SGTES, Anvisa, Ministério da Educação e FNDE/MEC para promover a alimentação saudável nas escolas.

- Divulgação de iniciativas que favoreçam o acesso à alimentação saudável nas escolas públicas e privadas.

- Implementação de ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar.

- Produção e distribuição do material sobre alimentação saudável para inserção de forma transversal no conteúdo programático das escolas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação.

- Lançamento dos “10 Passos da ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ESCOLA”.

- Sensibilização e mobilização dos gestores estaduais e municipais de saúde e de educação e as respectivas instâncias de controle social para a implementação das ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar. Com a adoção dos dez passos.

- Produção e distribuição de vídeos e materiais instrucionais sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas.

6.2.5 Implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação.

- Implementação do SISVAN como sistema nacional obrigatório vinculado às transferências de recursos do PAB.

- Envio de informações referentes ao SISVAN para o Relatório de Análise de Doenças Não Transmissíveis e Violências.

- Realização de inquéritos populacionais para o monitoramento do consumo alimentar, e do estado nutricional.



nal da população brasileira, a cada cinco anos de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

- Prevenção das carências nutricionais por deficiência de micronutrientes (suplementação universal de ferro medicamentoso para gestantes e crianças e administração de megadoses de vitamina A para puérperas e crianças em áreas endêmicas).

- Realização de inquéritos de fatores de risco para as DCNT da população em geral a cada cinco anos e para escolares a cada dois anos, conforme previsto na Agenda Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Ministério da Saúde.

- Monitoramento do teor de sódio dos produtos processados, em parceria com a ANVISA e os órgãos da vigilância sanitária em Estados e Municípios.

- Fortalecimento dos mecanismos de regulamentação, controle e redução do uso de substâncias agrotóxicas e de outros modos de contaminação dos alimentos.

6.2.6 Reorientação dos serviços de saúde com ênfase na Atenção Básica

- Mobilização e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais.

- Incorporação do componente alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de forma a permitir o diagnóstico e o desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável.

- Reforço da implantação do SISVAN como instrumento de avaliação e de subsídio para o planejamento de ações que promovam a segurança alimentar e nutricional em nível local.

6.3 Prática Corporal/Atividade Física

6.3.1 Ações na rede básica de saúde e na comunidade

Mapear e apoiar as ações de práticas corporais / atividade física existentes nos serviços de Atenção Básica e estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles onde não há ações.

- Ofertar práticas corporais / atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis.

- Capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais / atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo.

- Estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais / atividades físicas.

- Pactuar com os gestores do SUS e outros seto-

res nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física.

- Constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do Pratique Saúde no SUS (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção).

- Incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).

6.3.3 Ações de aconselhamento/divulgação

- Organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis.

- Desenvolver campanhas de divulgação estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.

6.3.4 Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros

- Pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de desenvolver ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes.

- Estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios.

- Estimular a inserção e fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade.

- Resgatar as práticas corporais / atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos.

- Articular parcerias estimulando práticas corporais / atividade física no ambiente de trabalho.

6.3.5 Ações de monitoramento e avaliação

- Desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais / atividades físicas no controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

- Estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais / atividade física.

- Consolidar a Pesquisa de Saúde dos Escolares (SVS/MS) como forma de monitoramento de práticas corporais / atividade física de adolescentes.

6.4 Prevenção e controle do tabagismo

6.4.1 Sistematizar ações educativas e mobilizar



ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que:

- reduza a aceitação social do tabagismo,
- reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar,
- proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental,
- reduza o acesso aos derivados do tabaco,
- aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar,
- controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor.

6.4.2 Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de “comunidades livres de tabaco”, divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos.

- Dia a Mundial sem Tabaco (31 de maio)
- Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto)

6.4.3 Fazer articulações com a mídia para divulgação de ações e de fatos que contribuam para o controle do tabagismo em todo o território nacional.

6.4.4 Mobilizar e incentivar as ações contínuas através de canais comunitários (Unidades de Saúde, Escolas e Ambientes de Trabalho) capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela.

6.4.5 Investir na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco:

- realizando ações educativas, normativas e organizacionais que visem estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores;
- atuando junto a profissionais da área de saúde ocupacional e outros atores-chave das organizações/instituições para a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas mesmas e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.

6.4.6 Articular com MEC/Secretarias Estaduais e Municipais de Educação o estímulo à iniciativa de Promoção da Saúde no ambiente escolar

6.4.7 Aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma

crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

6.5 Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

6.5.1 Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas conseqüências.

6.5.2 Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool.

6.5.3 Promover campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às conseqüências da “direção alcoolizada”.

6.5.4 Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população.

6.5.5 Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências.

6.5.6 Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

6.6 Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito

6.6.1 Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação

6.6.2 Articulação de agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema.

6.6.3 Apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito.

6.7 Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz

6.7.1 Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.

6.7.2 Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intra-familiar e sexual.

6.7.3 Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual.

6.7.4 Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal.



6.7.5 Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência.

6.7.6 Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações.

6.7.7 Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências.

6.8 Promoção do Desenvolvimento Sustentável

6.8.1 Apoio aos diversos centros colaboradores existentes no país que desenvolvem iniciativas promotoras do desenvolvimento sustentável.

6.8.2 Apoio à elaboração de planos de ação estaduais e locais, incorporados aos Planos Diretores das Cidades.

6.8.3 Fortalecimento de instâncias decisórias inter-setoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável.

6.8.4 Apoio ao envolvimento da esfera não governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de Promoção da Saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis.

6.8.5 Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável.

6.8.6 Estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em desenvolvimento sustentável.

6.8.7 Promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.

PORTARIA Nº 698/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006.

Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

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

Considerando o disposto na Lei nº 8080 de 19/11/90 e na lei nº 8142 de 28/12/90;

Considerando o disposto no Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que trata do repasse de recursos federais de saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando o disposto na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes

operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando os princípios do SUS de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o processo de descentralização e organização do SUS;

Considerando que o financiamento do SUS é de responsabilidade conjunta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando o contínuo movimento de pactuação entre as três esferas de gestão com vistas ao aperfeiçoamento do SUS,

R E S O L V E:

Art 1º Definir que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

Art. 2º Os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Art. 3º Ficam criados os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

Art. 4º Os recursos federais para custeio de ações e serviços de saúde serão transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, de forma automática fundo a fundo, observando os atos normativos específicos referentes a cada bloco.

Parágrafo único. Os recursos federais de custeio provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos.

Art. 5º As bases de cálculo que formam cada bloco e componente, bem como os montantes financeiros transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios deverão estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

Art. 6º Os recursos de cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações e serviços de saúde relacionados ao Bloco.

§ 1º Os recursos oriundos da prestação de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar resultantes da produção das unidades públicas não se aplicam ao previsto no caput deste artigo.

§ 2º No Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, os recursos devem ser aplicados, exclusiva-



mente, nas ações definidas para cada Componente que compõem o Bloco.

DO BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA

Art. 7º O Bloco da Atenção Básica será constituído por dois componentes: Piso de Atenção Básica – PAB Fixo e Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

Art 8º O Piso de Atenção Básica – PAB Fixo, se refere ao custeio de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao PAB fixo, podem ser aplicados no custeio destas unidades.

Art 9º O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável, é constituído por recursos financeiros destinado ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III - Saúde Bucal;
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI - Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; e
- VIII - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos do PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes do respectivo plano de saúde.

§ 2º Os recursos do PAB Variável transferidos atualmente para custeio das ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a compor o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

§ 3º Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais, correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

§ 4º Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e informados ao plenário da CIT, devendo atender a es-

pecificidades estaduais e regulamentados por ato normativo específico.

DO BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Art. 10. O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 11. O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC - dos Estados, Distrito Federal e Municípios, é destinado ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde.

§ 1º O financiamento dos incentivos permanentes do Componente MAC, incluem aqueles atualmente designados aos:

- I - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- II - Laboratório de Prótese Dentária;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- IV - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- V - Hospitais de Pequeno Porte;
- VI - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS;
- VII - Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VIII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; e
- IX - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e não financiados por procedimento.

§ 2º Os recursos federais de que trata este artigo, serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, publicada em ato normativo específico.

Art. 12. O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, são recursos destinados ao custeio dos seguintes procedimentos:

- I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;
- II - transplantes;
- III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; e
- IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, que serão custeados pelo FAEC por um período de seis meses com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente



Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

Parágrafo único. Os recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do FAEC e não contemplados neste artigo, serão incorporados ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite.

DO BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Art. 13. O Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde será constituído por dois componentes: Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Componente da Vigilância Sanitária em Saúde.

Parágrafo único. As responsabilidades de cada uma das esferas de governo estão estabelecidas na legislação vigente, devendo as adequações e atualizações ser pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.

Art. 14. O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, se refere aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde que incluem os seguintes incentivos: Hospitais do Sub Sistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Registro de Câncer de Base Populacional, Atividade de Promoção à Saúde, Laboratórios de Saúde Pública e outros que vierem a ser implantados através de ato normativo específico.

§ 1º No componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais com repasses específicos, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II);

II - campanhas de vacinação; e

III - incentivo do Programa DST/AIDS;

§ 2º. Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios – componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em saúde, na medida que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

§ 3º Os recursos de que trata o componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde deverá contemplar ações de rotina e poderá ser acrescido de valores específicos para a execução de ações contingenciais, conforme pactuação na CIT.

Art. 15. O Componente da Vigilância Sanitária em Saúde será constituído do Termo de Ajuste e Metas

– TAM e do Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária – PAB VISA.

DO BLOCO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 16. O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.

Art. 17. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

§ 1º O Componente Básico é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

§ 2º A Parte Financeira Fixa do Componente Básico consiste em um valor per capita destinado a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica em atenção básica, transferido ao Distrito Federal, Estados e/ou Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e normatização da política de assistência farmacêutica vigente.

§ 4º A Parte Financeira Variável do Componente Básico consiste em valores per capita destinados a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

§ 5º Os recursos da Parte Variável do Componente Básico poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados a Estados, Municípios e Distrito Federal, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, mediante a implementação e organização dos serviços previstos nestes Programas.

§ 6º Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, retificando a Portaria GM nº 399 de 22/02/2006.

Art. 18. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:



I - Controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - Anti-retrovirais do programa DST/AIDS;

III - Sangue e Hemoderivados; e

IV - Imunobiológicos;

Art. 19. O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional, destina-se ao financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para a aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais.

§ 1º O Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional será reformulado no prazo de 60 dias mediante pactuação entre as três esferas de gestão do SUS, observadas as seguintes diretrizes:

I - Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;

II - Definição de percentual de co-financiamento entre as esferas de gestão federal e estadual;

III - Revisão periódica de valores da tabela de procedimentos; e

IV - Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

§ 2º O Ministério da Saúde transferirá mensalmente às Secretarias Estaduais, os valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, com base nas emissões de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC.

Art. 20. O Componente de Organização da Assistência Farmacêutica é constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à assistência farmacêutica.

DO BLOCO DE GESTÃO DO SUS

Art. 21. O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS destina-se ao fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde para o custeio de ações específicas relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Art. 22. Os recursos federais que integram o Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS serão constituídos dos seguintes componentes:

I - Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;

II - Planejamento e Orçamento;

III - Programação;

IV - Regionalização;

V - Gestão do Trabalho;

VI - Educação em Saúde;

VII - Incentivo à Participação do Controle Social;

VIII - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e

IX - Incentivo à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas;

§ 1º Os incentivos relacionados à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas, incluem aqueles atualmente designados à:

I - Implantação de Centros de Atenção Psicossocial;

II - Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;

III - Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;

IV - Fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;

V - Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VI - Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;

VII - Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;

VIII - Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;

IX - Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador;

X - Política de Cirurgias Eletivas;

XI - Adesão a Contratualização dos Hospitais Filantrópicos;

XII - Cadastro Nacional dos Usuários do SUS (Cadastro Nacional); e

XIII - Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

§ 2º A transferência de recursos de que trata este artigo será regulamentada por ato normativo específico.

Art. 23. O Ministério da Saúde publicará portarias específicas regulamentando a operacionalização de cada Bloco de Financiamento constituído pela presente portaria.

Parágrafo Único – O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para garantia das transferências conforme o disposto nesta portaria.

Art. 24. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se a Portaria nº 059/GM, de 16 de janeiro de 1998, a Portaria nº 531/GM, de 30 de abril de 1999 e demais disposições em contrário.

SARAIVA FELIPE

**PORTARIA Nº 699/GM
DE 30 DE MARÇO DE 2006.**

**Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos
Pactos Pela Vida e de Gestão.**

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



Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram várias dimensões do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, necessitando de normatizações específicas para sua regulamentação;

Considerando que a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal são os documentos de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão;

Considerando que a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal substituem o atual processo de habilitação,

RESOLVE:

Art. 1º Regular a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

Art. 2º Estabelecer que as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo I), Estadual (Anexo II), do Distrito Federal (Anexo III), e Federal (Anexo IV).

§ 1º A unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007. Para o ano de 2006 continuam em separado o Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, com a pactuação no Termo de Compromisso de Gestão das metas do Pacto pela Vida e de alguns indicadores para orientar o monitoramento global dos Pactos.

§ 2º Nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal e Estadual podem ser acrescentadas outras metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.

§ 3º As metas nacionais servem de referência para a

pactuação das metas municipais, estaduais e do DF, no que se refere às prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida.

§ 4º Deverá constar no verso dos documentos dos Termos de Compromisso de Gestão um glossário para facilitar sua compreensão.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão terá os seguintes Anexos, que ficam instituídos conforme respectivos modelos:

I - Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, quando couber – Anexo V;

II - A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal – Anexo VI;

III - O Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do DF – Anexo VII; e

IV - Relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

Art. 3º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

§ 1º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve conter as metas e um plano operativo do acordo.

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

§ 3º A transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, deverá ser feita conforme pactuação.

Art. 4º Estabelecer que a Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município.

Art. 5º Estabelecer que o Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes àquela unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco.

§ 1º No Termo do Limite Financeiro Global do Município, no que se refere ao Bloco da Média e Alta Complexidade, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada.

§ 2º Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do DF serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

§ 3º O Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual. Caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado



apenas o total do recurso.

Art. 6º Estabelecer que o Relatório de Indicadores de Monitoramento será gerado por um sistema informatizado, a ser implantado a partir de 2007, será um Anexo do Termo de Compromisso de Gestão.

Parágrafo único. Permanece em vigor, no ano de 2006, a pactuação de indicadores nos processos específicos do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, conforme disposto no § 1º do art. 2º, aos quais será acrescido um grupo de indicadores cuja pactuação dar-se-á no próprio instrumento do Termo de Compromisso de Gestão, não gerando assim o Relatório de Indicadores de Monitoramento, neste ano.

Art. 7º Estabelecer normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:

I - A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI;

II - A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e encaminhada ao MS para publicação; e

III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.

Art. 8º Estabelecer que a construção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal deve ser um processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos:

I - Gestores municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Municipal;

II - Gestores estadual e federal para o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e do DF;

III - Gestores federal, municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Federal;

IV - O Ministério da Saúde apoiará a negociação do

Termo de Compromisso de Gestão Municipal, junto ao município e estado, quando solicitado;

V - Os gestores municipais devem acompanhar o processo de construção do Termo Estadual; e

VI - Os gestores municipais e estaduais devem acompanhar o processo de construção do Termo Federal.

§ 1º Os Municípios, Estados e DF que não apresentarem condições de assumir integralmente as responsabilidades atribuídas a todos no Termo de Compromisso de Gestão na data de sua assinatura devem pactuar um cronograma, parte integrante do referido Termo de Compromisso, com vistas a assumi-las. As outras responsabilidades atribuídas aos municípios serão pactuadas e estabelecido o cronograma, quando necessário.

§ 2º As ações necessárias para apoiar os municípios e/ou o estado para a consecução do cronograma referido no §1º, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser expressas nos respectivos Planos de Saúde;

§ 3º O Termo de Compromisso de Gestão Municipal deve ser construído em sintonia com o Plano Municipal de Saúde, em negociação com o estado e municípios da sua região de saúde.

§ 4º O Termo de Compromisso de Gestão Estadual deve ser construído em sintonia com o Plano Estadual de Saúde, em negociação com o gestor federal e representante dos gestores municipais de saúde, na CIB.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão do DF deve ser construído em sintonia com o seu Plano de Saúde, em negociação com o gestor federal.

§ 6º O Termo de Compromisso de Gestão Federal deve ser construído em sintonia com o Plano Nacional de Saúde, em negociação com representantes dos gestores estaduais e municipais, na CIT.

§ 7º Anualmente, no mês de março, serão revistas as metas, objetivos e indicadores dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal.

Art. 9º Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal:

I - Aprovação no Conselho Municipal de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo VIII), juntamente com o Extrato do Termo de Compromisso entre Entes Públicos (Anexo V), quando couber; a Declaração da CIB de Comando Único do Gestor Municipal (Anexo VI), observada a pactuação estabelecida; o Termo do Limite Financeiro Global do Município (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - Após receber os documentos a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Municipal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.



Art. 10. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual:

I - Aprovação no Conselho Estadual de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão Estadual (Anexo II), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do Estado (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - Após receber os documentos, a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 11. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal:

I - Aprovação no Conselho de Saúde do Distrito Federal.

II - Após aprovação no Conselho de Saúde do DF, a Secretaria de Saúde do DF encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão do DF (Anexo III), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do DF (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

III - Após receber os documentos, a CIT terá o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

IV - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item II para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 12. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Federal:

I - Aprovação no Conselho Nacional de Saúde; e

II - Encaminhamento do Termo de Compromisso de Gestão Federal (Anexo IV) para a CIT, que terá trinta dias para se posicionar;

Art. 13. Estabelecer as seguintes regras de transição:

I - As responsabilidades e prerrogativas de estados e municípios, habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 96 e pela NOAS SUS 01/2002, ficam mantidas até à assinatura do respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

II - Os processos de habilitação de municípios conforme a NOAS SUS 01/2002 que já tenham sido pactuados nas respectivas CIB até à data de publicação desta portaria, poderão ser homologados pela CIT;

III - Os estados, Distrito Federal e municípios deverão assinar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão até nove meses após a publicação desta portaria;

IV - Apenas os estados, o Distrito Federal e os municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Ges-

tão farão jus às prerrogativas financeiras deste Pacto, tais como recursos para a gestão e regulação e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas. O MS poderá propor à CIT outros incentivos para os estados, Distrito Federal e municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão; e

V - Após o término do prazo será feita uma avaliação tripartite, pela CIT, sobre a situação dos estados e municípios que não assinaram o Termo de Compromisso de Gestão no prazo estabelecido.

Art. 14. O processo de monitoramento do Pacto deverá seguir as seguintes diretrizes:

I - Ser um processo permanente no âmbito de cada esfera de governo, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

II - Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

III - Monitorar os cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão; e

IV - Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

Parágrafo Único. A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

Art. 15. Definir regras e fluxos para os processos de recursos dos estados e municípios:

I - Definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS, são a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§ 1º Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

§ 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de municípios:

I - Em caso de discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

III - A CIB e a CIT deverão observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar,



discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário; e

IV - Transcorrido o prazo mencionado no inciso III e sem a apreciação do recurso, os municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

§ 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de estados:

I - Os estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído; e

II - Em caso de discordância em relação à decisão da CIT, os estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT; e

III - A CIT deverá observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 4º A Câmara Técnica da CIT convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao plenário da CIT.

§ 5º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica da CIT até 10 (dez) dias antes da reunião da CIT, para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 6º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido nesta Portaria para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

§ 7º As entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas CIB visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.

Art. 16. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17. Fica revogada a Portaria nº 1734/GM, de 19 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 162, de 23 de agosto de 2004, seção 1, página 34.

SARAIVA FELIPE

ANEXO I TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Municipal de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Municipal de XX, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que

dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente alguma responsabilidade constante deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o município passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de “Realiza”, “Não realiza ainda”, “Prazo para realizar” e “Não se aplica”.

§ 2º Os itens que iniciam com a expressão “Todo município deve” indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município, não sendo possível a utilização da opção “Não se aplica”.

§ 3º Nos itens que não iniciam com a expressão “Todo município deve”, a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

§ 4º A opção “Não se aplica” deve ser marcada para as situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permita a realização de uma dada responsabilidade ou em situação previamente pactuada.

§ 5º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação,



RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
1 Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;				
1.2 Todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:				
a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;				
b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;				
1.3 Todo município deve promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;				
1.4 Todo município deve participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;				
1.5 Todo município deve assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;				
1.6 Todo município deve assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando:				
a) as unidades próprias e				
b) as transferidas pelo estado ou pela união;				
1.7 Todo município deve, com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;				
1.8 Todo município deve desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:				
a) planejamento,				
b) regulação,				
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,				
d) monitoramento e avaliação;				
1.9 Todo município deve formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;				
1.10 Todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:				
a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território,				
b) desenhando a rede de atenção à saúde				
c) e promovendo a humanização do atendimento;				
1.11 Todo município deve organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.12 Todo município deve pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.13 Todo município que dispõe de serviços de referência intermunicipal, deve garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.14 Todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;				
1.15 Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.16 Todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de:				
a) vigilância epidemiológica,				
b) vigilância sanitária e				
c) vigilância ambiental;				
1.17 Todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.				

RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
2.1 Todo município deve contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;				
2.2 Todo município deve participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;				
2.3 Todo município deve participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais.				
2.4 Todo município deve participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano diretor de investimento;				
2.5 Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.				

RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
3.1 Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:				
a) o plano de saúde e				
b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.2 Todo município deve formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;				
3.3 a) Todo município deve elaborar relatório de gestão anual,				
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.4 Todo município deve operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:				
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação SINAN,				
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI,				
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC,				
d) Sistema de Informação Ambulatorial SIA,				
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde CNES; e quando couber, os sistemas:				
f) Sistema de Informação Hospitalar SIH				
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;				
3.5 Todo município deve assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;				
3.6 Todo município deve elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;				
3.7 Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.				



RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
4.1 Todo município deve monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;				
4.2 Todo município deve realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;				
4.3 Todo município deve monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;				
4.4 Todo município deve manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;				
4.5 Todo município deve adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;				
4.6 Todo município deve adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;				
4.7 Todo município deve controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;				
4.8 a) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde,				
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,				
c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e				
d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;				
4.9 Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida,				
a) realizando a co-gestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais.				
4.10 Executar o controle do acesso do seu município no âmbito do seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação:				
a) aos leitos disponíveis,				
b) às consultas,				
c) às terapias e aos exames especializados;				
4.11 Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
4.12 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
4.13 Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;				
4.14 Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;				
4.15 Monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;				
4.16 Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;				
4.17 Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;				
4.18 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;				
4.19 Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu				

RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
5.1 Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações				
5.2 Todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo				
5.3 Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;				
5.4 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;				
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão local;				
5.6 Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.				

RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
6.1 Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;				
6.2 Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;				
6.3 Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;				
6.4 Todo município deve incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;				
6.5 Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;				
6.6 Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.				

RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
7.1 Todo município deve apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;				
7.2 Todo município deve prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;				
7.3 Todo município deve organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;				
7.4 Todo município deve estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;				
7.5 Todo município deve promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;				
7.6 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;				
7.7 Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.				



CLÁUSULA TERCEIRA – DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, pactuado de forma tripartite, a ser implementado em cada município.

§ 1º Quando não for possível quantificar a meta de um dado objetivo, não será necessário o preenchimento respectivo no quadro de metas.

PRIORIDADES	OBJETIVOS	METAS NACIONAL	META LOCAL 2006
1. Saúde do idoso	I. Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	II. Implantar Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	III. Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.		
	IV. Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde.		
	V. Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.		
	VI. Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.		
	VII. Instituir a atenção domiciliar ao idoso. I. Desenvolver meios, em parceria com o estado, para incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório.		
2. Controle do câncer do colo do útero e da mama	I. Desenvolver meios, em parceria com o estado, para incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório.		
	II. Ampliar a cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80%	
	III. Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer da mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	60%	
	IV. Garantir a realização da punção para os casos necessários, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	100%	
3. Redução da mortalidade infantil e materna	I. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.		
	II. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e/ou CIT.		
	III. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, quando couber.		
	IV. Reduzir a mortalidade neonatal.	5%	
	V. Reduzir os óbitos infantis por doença diarreica.	50%	
	VI. Reduzir os óbitos infantis por pneumonia.	20%	
	VII. Criar comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%	
	VIII. Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%	
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	I. Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários.	100%	
	II. Reduzir a < 1% a infestação predial por <i>Aedes aegypti</i> nos municípios prioritários.	< 1%	
	III. Eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários.	eliminar	
	IV. Curar casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.	85%	
	V. Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.	15%	
	VI. Implantar o plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRUPE pelas capitais.	100%	
5. Promoção da saúde	I. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.		
	II. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;		
	III. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;		
	IV. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;		
6. Fortalecimento da Atenção Básica	I. Assumir a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.		
	II. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.		
	III. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.		
	IV. Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.		
	V. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.		
	VI. Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS		
	VII. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.		
	VIII. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.		
	IX. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.		
7. Regulação da atenção e regulação assistencial	I. Contratualizar os prestadores de serviços sob sua gestão;	100%	
	II. Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados;	100%	
	III. Extinguir o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.	100%	

CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.

Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

Quadro 1 Pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a saúde) / Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	SIOPS	PACTO PELA SAÚDE	Percentuais definidos na EC 29		
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPI)	PACTO PELA SAÚDE			(*) UF que não usam o SISPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia),	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100	PDR/SES	PACTO PELA SAÚDE			
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEP em parceria com a ENSP-FIOCRUZ.	PACTO PELA SAÚDE			*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)



Quadro 2 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Observações
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cérvico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	SISCAM	Pacto AB	10%	
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUS IBGE	Pacto AB	1,5 / habitante ano	

Quadro 3 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação PPI	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI / IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	



CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Município ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Municipal de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

Secretário Municipal de Saúde de XX

**ANEXO II
TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO
ESTADUAL**

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Estadual de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera estadual na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Estadual de XX, por intermédio de sua Secretaria Estadual de Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Estadual, formalizando os pactos constituídos e as responsabili-

dades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor estadual e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o estado passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Estadual de Saúde.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES
E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS
ESTADOS.**

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do estado, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de “Realiza”, “Não realiza ainda” e “Prazo para realizar”.

§ 2º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, o item 1.1 não é passível de pactuação, visto expressar princípio doutrinário do SUS, devendo orientar as ações de todos os estados.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;				
1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;				
1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;				
1.4 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;				
1.5 Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípes;				



1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS (Continuação)

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
1.6 Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;				
1.7 a) Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual				
b) e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;				
1.8 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:				
a) planejamento, b) regulação, c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde, d) monitoramento e avaliação;				
1.9 Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;				
1.10 Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.11 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;				
1.12 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;				
1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.14 Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.15 Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;				
1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;				
1.17 Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;				
1.18 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.19 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;				
1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;				
1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.				

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;				
2.2 Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;				
2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;				
2.4 Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;				
2.5 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;				
2.6 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;				
2.7 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.				

**3 RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO**

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:				
a) o plano estadual de saúde,				
b) submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;				
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;				
3.3 a) Elaborar relatório de gestão anual,				
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;				
3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;				
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;				
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.				

4 RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;				
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;				
4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;				
4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;				
4.6 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;				
4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;				
4.8 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;				
4.9 Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;				
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;				
4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;				
4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;				
4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;				
4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;				
4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;				
4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;				
4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;				
4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;				
4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;				



4 RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA (Continuação)

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
4.22 a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;				
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,				
c) monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;				
d) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e				
e) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;				
4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;				
4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;				
4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;				
4.26 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;				
4.27 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;				
4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;				
4.29 Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde;				
4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.				
4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.				

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;				
5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;				
5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;				
5.4 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;				
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;				
5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.				

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;				
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;				
6.3 Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;				
6.4 Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;				
6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;				
6.6 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;				
6.7 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;				

7. RESPONSABILIDADE NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;				
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;				
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;				
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;				
7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;				
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;				
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;				
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.				

CLÁUSULA TERCEIRA DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, pactuado de forma tripartite, a ser implementado em cada estado.

§ 1º. Quando não for possível quantificar a meta de um dado objetivo, não será necessário o preenchimento respectivo no quadro de metas.

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
I - Saúde do idoso	I - Estimular a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme a sua disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	II - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso.		
	III - Estimular a implantação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, conforme a sua disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	IV - Apoiar os municípios para a reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, assim como estabelecer estratégias para o acolhimento à pessoa idosa nas unidades estaduais;		
	V - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica à saúde.		
	VI - Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.		
	VII - Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.		
	VIII - Apoiar os municípios na instituição da atenção domiciliar ao idoso.		
II - Controle do câncer do colo do útero e da mama	I - Apoiar os municípios e promover meios para a realização de exames preventivos do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80%	
	II - Desenvolver capacitação e estabelecer meios em parceria com os municípios para incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório.		
	III - Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	60% +	
	IV - Apoiar os municípios e realizar, quando couber, a punção nos casos necessários, de acordo com o protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	100% +	
III - Redução da mortalidade infantil e materna	I - Identificar, definir e realizar ações objetivando reduzir a mortalidade neonatal.		
	II - Reduzir os óbitos infantis por doença diarreica.	50%	
	III - Reduzir os óbitos infantis por pneumonia	20%	
	IV - Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.		
	V - Estimular a criação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%	
	VI - Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%	
	VII - Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e ou CIT.		
	VIII - Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.		



CLÁUSULA TERCEIRA DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO (Continuação)

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
IV - Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	I - Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários.	100%	
	II - Reduzir a < 1% a infestação predial por Aedes aegypti nos municípios prioritários.	30%	
	III - Apoiar os municípios e implantar ações para a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários.	100%	
	IV - Apoiar os municípios e implantar ações para a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.	85%	
	V - Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.	15%	
	VI - Implantar do plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRUPE nos estados e capitais.	100%	
i - Promoção da saúde	I - Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.	I	II
	IV - Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.	III	IV
	VII - Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.	V	VI
	X - Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável.	VII	VIII
xiv - Fortalecimento da Atenção Básica	XIII - Estimular e apoiar os municípios a assumirem a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.	IV	X
	XVI - Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.	XI	XII
	XIX - Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.	XIII	XIV
	VII - Art. XXII - Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.	XV	XVI
	XXV - Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;	XVII	XVIII
	XVIII - Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.	XIX	XX
	XXXI - Incentivar os municípios a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.	XXI	XXII
	XXIV - Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.	XXIII	XXIV
XXVI - Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.	XXV	XXVI	
xlii VII - Regulação da atenção e regulação assistencial	XL - Contratualizar os prestadores de serviços, sob sua gestão.	XXVII-100%	XXVIII
	XLIII - Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados.	XXIX-100%	XXX
	XLVI - Extinguir o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.	XXXI-100%	XXXII

CLÁUSULA QUARTA DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.

Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

Quadro 1 Pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a saúde) / Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	SIOPS	PACTO PELA SAÚDE	Percentuais definidos na EC 29		
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPPI)	PACTO PELA SAÚDE			(*) UF que não usam o SISPPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100	PDR/SES	PACTO PELA SAÚDE			
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH eSIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEP em parceria com a ENSP-FIOCRUZ.	PACTO PELA SAÚDE			*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

Quadro 2 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cérvico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	SISCAM	Pacto AB	10%	
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUSIBGE	Pacto AB	1,5/habitante ano	



Quadro 3 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	PPI VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI / IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45% incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de <i>Aedes aegypti</i>	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionadas / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Estadual de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

Secretário Estadual de Saúde de XX

ANEXO III

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes ao Distrito Federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo do Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira



de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor do Distrito Federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º. Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o Distrito Federal passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º. As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem compor o Plano Estadual de Saúde do Distrito Federal.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DO DISTRITO FEDERAL.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º. O quadro identifica a situação do Distrito Federal frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de “Realiza”, “Não realiza ainda” e “Prazo para realizar”.

§ 2º. Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3, não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS, devendo orientar as ações do Distrito Federal.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
1.1 Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;			
1.2 Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:			
a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;			
b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;			
1.3 Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;			
1.4 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;			
1.5 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;			
1.6 Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;			
1.7 Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando:			
a) as unidades próprias			
b) e as transferidas pela união;			
1.8 Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;			
1.9 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;			
1.10 Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;			
1.11 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:			
a) planejamento,			
b) regulação,			
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,			
d) monitoramento e avaliação;			
1.12 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;			
1.13 Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:			
a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território,			
b) desenhando a rede de atenção à saúde			
c) e promovendo a humanização do atendimento;			



1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS (Continuação)

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
1.14 Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.15 Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.16 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.17 Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.18 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;			
1.18 Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de:			
a) vigilância epidemiológica,			
b) vigilância sanitária e			
c) vigilância ambiental;			
1.19 Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;			
1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.			

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;				
2.2 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;				
2.3 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;				
2.4 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;				
2.5 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;				
2.6 Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.				

3 RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:				
a) o plano estadual de saúde e				
b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;				
a) Elaborar relatório de gestão anual,				
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;				
3.3 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;				
3.4 Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:				
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN,				
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI,				
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC,				
d) Sistema de Informação Ambulatorial - SIA,				



3 RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO (Continuação)

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
d) Sistema de Informação Ambulatorial - SIA,				
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES; e quando couber, os sistemas;				
f) Sistema de Informação Hospitalar - SIH				
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;				
3.5 Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;				
3.6 Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;				

4 RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;				
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;				
4.3 Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;				
4.4 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;				
4.5 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;				
4.6 Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;				
4.7 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia;				
4.8 Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;				
4.9 Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;				
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas				
4.11 Executar o controle do acesso do seu usuário aos serviços disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação:				
a) aos leitos disponíveis,				
b) às consultas,				
c) às terapias e aos exames especializados;				
a) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; e				
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;				
c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;				
4.12 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;				
4.13 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;				
4.14 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;				
4.15 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;				
4.16 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;				
4.17 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;				
4.18 Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;				
4.19 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;				
4.20 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;				
4.21 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.				
4.22 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.				



5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
5.1 Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;				
5.2 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;				
5.3 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário;				
5.4 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;				
5.5 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.				

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
6.1 Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;				
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;				
6.3 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;				
6.4 Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;				
6.5 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;				
6.6 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;				
6.7 Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;				
6.8 Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;				
6.9 Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;				

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;				
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;				
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;				
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;				
7.5 Apoiar o processo de formação dos conselheiros;				
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;				
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;				
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.				

CLÁUSULA TERCEIRA DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, pactuado de forma tripartite, a ser implementado no distrito Federal.

§ 1º. Quando não for possível quantificar a meta de um dado objetivo, não será necessário o preenchimento respectivo no quadro de metas.

PRIORIDADES	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
Saúde do idoso	<p>Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.</p> <p>Implantar Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.</p> <p>Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.</p> <p>Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde.</p> <p>Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.</p> <p>Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.</p> <p>Instituir a atenção domiciliar ao idoso.</p>		
Controle do câncer do colo do útero e da mama	<p>Desenvolver meios para incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório.</p> <p>Ampliar a cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.</p> <p>Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer da mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.</p> <p>Garantir a realização da punção para os casos necessários, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.</p>	80%	
		60%	
		100%	
Redução da mortalidade infantil e materna	<p>Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.</p> <p>Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e/ou CIT.</p> <p>Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, quando couber.</p> <p>Reduzir a mortalidade neonatal.</p> <p>Reduzir os óbitos infantis por doença diarreica.</p> <p>Reduzir os óbitos infantis por pneumonia.</p> <p>Criar comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.</p> <p>Reduzir a razão da mortalidade materna.</p>	5%	
		50%	
		20%	
		80%	
		5%	
Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	<p>Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nas áreas prioritárias.</p> <p>Reduzir a < 1% a infestação predial por <i>Aedes aegypti</i> nas áreas prioritárias.</p> <p>Eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nas áreas prioritárias.</p> <p>Curar casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.</p> <p>Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.</p> <p>Implantar o plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE pelas capitais.</p>	100%	
		30%	
		Eliminar	
		85%	
		15%	
		100%	
Promoção da saúde	<p>Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.</p> <p>Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;</p> <p>Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;</p> <p>Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;</p>		
Fortalecimento da Atenção Básica	<p>Assumir a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.</p> <p>Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.</p> <p>Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.</p> <p>Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.</p> <p>Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.</p> <p>Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS</p> <p>Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.</p> <p>Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.</p> <p>Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.</p>		
Regulação da atenção e regulação assistencial	<p>Contratualizar os prestadores de serviços sob sua gestão;</p> <p>Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados;</p> <p>Extinguir o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.</p>	100%	
		100%	
		100%	



CLÁUSULA QUARTA DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.

Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a saúde) / Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	SIOPS	PACTO PELA SAÚDE	Percentuais definidos na EC 29		
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPI)	PACTO PELA SAÚDE			(*) UF que não usam o SISPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS		100%		
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional	PDR/SES				
	implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100					
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS				Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEF em parceria com a ENSP-FIOCRUZ.				*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

Quadro 2 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cervico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames	SIS	Pacto AB	10%	
exames citopatológicos	citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	CAM			
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUS IBGE	Pacto AB	1,5 / habitante ano	

Quadro 3 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	PPI VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI / IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		



Quadro 3 - Continuação

Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Distrito Federal ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal firma o presente Termo de Compromisso de Gestão.

Local e Data

Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma o Ministério da Saúde, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, com o objetivo de formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, inscrito no CNPJ sob n.º XX, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º As ações necessárias para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Nacional de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DA UNIÃO

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

1.1. Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

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

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

1.4. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso de Gestão;

1.5. Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

1.6. Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os



municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

1.7. Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

1.8. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

1.9. Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

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

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

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

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

2.5. Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

3 – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

3.1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.2. Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

3.3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.4. Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;

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

3.6. Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da pro-



dução e preparação para a realização de pagamentos;

3.7. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

4 – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

4.2. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

4.3. Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

4.4. Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

4.5 Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

4.6. Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

4.7. Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

4.8. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

4.9. Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;

4.10. Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

4.11. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

4.12. Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

4.13. Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

4.14. Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;

4.15. Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

4.16. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em

saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

4.17. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

4.18. Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

4.19. Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

4.20. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais;

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

5.1. Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

5.2. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;

5.3. Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;

5.4. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

5.5. Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;

5.6. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

6.2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

6.3. Propor e pactuar políticas regulatórias no

campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

6.4. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

6.5. Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1. apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

7.2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

7.3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

7.4. Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;

7.5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

7.6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

7.7. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

7.8. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

CLÁUSULA TERCEIRA DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, a ser implementado para o alcance das metas pactuadas.

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006
Saúde do idoso	Disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	
	Disponibilizar Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa.	
	Apoiar estados e municípios na reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.	
	Apoiar estados e municípios na implementação do programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde.	
	Apoiar estados e municípios para qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.	
	Apoiar estados e municípios na instituição da avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.	
	Apoiar estados e municípios na instituição da atenção domiciliar ao idoso.	
Controle do câncer do colo do útero e da mama	Apoiar os estados e municípios na realização de exames preventivos do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80%
	Incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório	
	Apoiar estados e municípios na ampliação da cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	60%
	Apoiar os estados e municípios para a realização de punção para os casos necessários, de acordo com o protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	100%
Redução da mortalidade infantil e materna	Reduzir a mortalidade neonatal.	5%
	Reduzir os óbitos por doença diarreica.	50%
	Reduzir os óbitos por pneumonia.	20%
	Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.	
	Apoiar estados e municípios na implantação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%
	Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%
	Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.	
Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endêmicas: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários.	100%
	Reduzir a < 1% a infestação predial por <i>Aedes aegypti</i> nos municípios prioritários.	30%
	Apoiar os estados e municípios na implantação de ações para a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários.	100%
	Apoiar os estados e municípios na implantação de ações para a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.	85%
	Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.	15%
	Implantar o plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE nos estados e capitais.	100%
Promoção da saúde	Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.	
	Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;	
	Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;	
	Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;	



CLÁUSULA TERCEIRA (continuação)

Fortalecimento da atenção básica	Estimular e apoiar estados e municípios a assumirem a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.	
	Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.	
	Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios	
	Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.	
	Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.	
	Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.a	
	Incentivar os municípios a aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.	
	Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.	
Regulação da atenção e regulação assistencial	Apoiar os municípios e estados na contratualização dos prestadores de serviços;	100%
	Apoiar os municípios e estados na regulação dos leitos e serviços ambulatoriais contratualizados;	100%
	Apoiar os municípios e estados na extinção do pagamento dos serviços de profissionais médicos por meio do código 7.	100%

CLÁUSULA QUARTA DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.

Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

Quadro 1 Pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Valor apurado / valor mínimo	SPO	PACTO PELA SAÚDE	Igual ou maior 1	O cálculo da União não possui percentual de receita definido, de acordo com o Art. 6 da EC 29, como ocorre para os estados e os municípios. O valor anual a ser aplicado é calculado com base no "valor apurado no ano anterior", corrigido pela variação nominal do PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária. A variação nominal é o valor real + a variação de preço. O valor apurado no ano anterior é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde ou o valor mínimo, o que for maior.
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPPI)	PACTO PELA SAÚDE		(*) UF que não usam o SISPPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%	

Quadro 1 (Continuação)

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%	
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS		100%	
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100	PDR/SES	PACTO PELA SAÚDE		
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS	PACTO PELA SAÚDE		Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGE P em parceria com a ENSP-FIOCRUZ	PACTO PELA SAÚDE		*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

Quadro 2 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos de	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cérvico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames	SIS	Pacto AB	10%	
exames citopatológicos	citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	CAM			
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUS IBGE	Pacto AB	1,5 / habitante ano	



Quadro 3 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	PPI VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI / IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária		Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionadas / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro hequivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo de Compromisso de Gestão serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo será publicado no Diário Oficial da União.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Ministro de Estado da Saúde firma o presente Termo de Compromisso de Gestão.

Local e Data
Ministro da Saúde

ANEXO V EXTRATO DO TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS

Município _____
Estado _____

No que diz respeito às unidades de saúde sob gerência de outro nível de governo, abaixo relacionadas, o município celebrou o TERMO DE COOPERAÇÃO com o ente gerente da unidade e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao fundo designado na planilha abaixo o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos:

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Número do Termo	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Valor mensal	Fundo para o repasse dos recursos (municipal, estadual ou unidade universitária federal)

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL] [ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO GESTOR ESTADUAL/FEDERAL]

ANEXO VI

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], que teve seu Termo de Compromisso de Gestão pactuado nesta CIB, assumiu a gestão dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores, observado o estabelecido abaixo:

Para as unidades listadas abaixo, que o município não assumiu ainda a gestão, fica pactuado o seguinte cronograma:

Nome da Unidade	CGC	Prazo

Conforme pactuação, as unidades listadas a seguir ficam sob a gestão do estado:

Nome da Unidade	CGC

Desta forma, o referido município, tem condições para assumir as responsabilidades pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão que foram devidamente analisadas e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]
[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]
[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL]



ANEXO VII-a

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Código _____

Município _____ UF _____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*	RECURSO ESTADUAL DE CUSTEIO	RECURSO MUNICIPAL DE CUSTEIO
PAB ASSISTENCIA	Componente fixo (a) Componente Variável (b)			
MAC ASSISTENCIA	Total População Própria (c) Total População Referenciada (d) Outros recursos e ajustes (e) Total da PPI Assistencial (f) Recursos transferidos ao Fundo Estadual (g) Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (h) Recursos alocados em outras UF (i) Total MAC alocado no FMS (j)	c + d + e		
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (k) Componente estratégico (l) Componente excepcional (m)			
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (n) Vigilância Sanitária (o) (p)			
GESTÃO	TOTAL	a+b+j+k+l+m+n+o+p **		
TOTAL				

* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

**Valor a ser transferido do FNS ao FMS

ANEXO VII-b

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO ESTADO

Código _____

Município _____ UF _____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*
MAC ASSISTENCIA	Limites referentes aos recursos programados na SES (a)	
	Valores a receber referentes a unidades sob gestão estadual (b)	
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (c)	
	Recursos alocados em outras UF (d)	
	Total MAC alocado no FES (e)	a+b-c-d
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (f)	
	Componente estratégico (g)	
	Componente excepcional (h)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (i)	
	Vigilância Sanitária (j)	
GESTÃO	(k)	
TOTAL FES		e+f+g+h+i+j+k

* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

** A ser utilizado em situações excepcionais.



ANEXO VII-c

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO DISTRITO FEDERAL

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*			
PAB ASSISTÊNCIA	Componente fixo (a)		MAC ASSISTENCIA	Total População Própria (c)	
				Total População Referenciada (d)	
	Outros recursos e ajustes (e)				
	Total da PPI Assistencial (f)			c + d + e	
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (g)				
	Recursos alocados em outras UF (h)				
	Total MAC alocado no FS do DF (i)				
	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			Componente básico (j)	
				Componente estratégico (k)	
				Componente excepcional (l)	
	VIGILÂNCIA EM SAÚDE			Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (m)	
				Vigilância Sanitária (n)	
	GESTÃO			(o)	
	TOTAL FS DO DF				a+b+i+j+k+l+m+n+o

* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

ANEXO VIII

**EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL
SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES
SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS**

I - IDENTIFICAÇÃO

II DISPOSIÇÃO GERAL

O gestor municipal se compromete com o conjunto das responsabilidades sanitárias dispostas no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, inclusive aquelas referidas no artigo 4 da Lei 8142, sendo destacadas no quadro abaixo aquelas para as quais foi pactuado cronograma e as que não se aplicam à gestão do SUS neste município.

EIXO	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS			
REGIONALIZAÇÃO			
PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO			
REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA			
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL			
GESTÃO DO TRABALHO			
EDUCAÇÃO NA SAÚDE			



III - APROVAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E NA CIB

Aprovado na Reunião do CMS de / / Deliberação n.º , de / /
Homologado na Reunião da CIB de / /

Nome SMS: _____

Ass.: _____

Nome SES: _____

Ass.: _____

Município _____ UF _____

Prefeito Municipal _____

Secretário Municipal da Saúde _____

Endereço da SMS _____

CEP _____ Tel. () _____ Fax () _____

E-mail: _____

Anexo IX

Para possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão, são consideradas as seguintes definições:

1. Gestão

Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras.

2. Gerência

Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde.

3. Atenção à Saúde

Engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros);

4. Co-gestão no Processo Regulatório

Relação intergestora que permite e articulação e in-

tegração dos dispositivos de Regulação de Acesso (centrais de internação, centrais de consultas especializadas e exames, protocolos assistenciais) com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde (contratação, controle assistencial e avaliação) assim como com outras funções da Gestão (programação e regionalização).

5. Vigilância em Saúde

Neste Termo quando se escreve vigilância em saúde, estão contemplados os componentes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

6. Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

Neste Termo programação em saúde compreende, no seu escopo, os processos de programação da assistência à saúde e da vigilância em saúde, podendo, no termo, ser enfatizado um desses processos.

7. Política de Reposição da Força de Trabalho Descentralizada

Conjunto de ações e diretrizes que visam superar questões decorrentes da descentralização da força de trabalho no Sistema Único de Saúde, como a reposição de pessoal e remuneração.

8. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Transferência de recursos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, independente de convênio e segundo o atendimento de critérios pré-estabelecidos para o credenciamento dos Estados e Municípios a essa prerrogativa.

9. Ouvidoria

Canais democráticos que permitem disseminar informações e receber manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas às suas manifestações.

10 Auditoria Assistencial

Processo regular que visa aferir e induzir qualidade



do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

11. Avaliar

Conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal, etc.). Consiste em atribuir um valor ao encontrado, o grau de alcance dos resultados, a partir do esperado. Avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, ou seja, auxiliar a qualificação do processo de gestão.

Assim, trata-se da análise da estrutura, dos processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde.

12. Fiscalizar

Submeter a atenta vigilância, sindicair, examinar, verificar. A fiscalização confere ao fiscalizador poder de polícia ou de lavrar autos de infração com base em determinada legislação vigente.

13. Monitorar

Conjunto de ações de acompanhamento de um determinado plano, programa, atividade, ação ou processo. O monitoramento sempre está baseado num conjunto de informações e indicadores que, pré-definidos, dão a dimensão da ação que vem sendo implementada, apontando os indicativos de correção de rumos.

14. Normatizar

Estabelecer normas para o funcionamento de uma organização ou sistema; submeter às normas o funcionamento de alguma estrutura. Mesmo que normalizar.

15. Credenciar

Conferir credenciais, poderes ou crédito; qualificar alguém, alguma estrutura ou serviço. No âmbito do Pacto, expressa a qualificação de um serviço para atuar como tal, a partir do atendimento de um regulamento técnico.

16. Contratar

Fazer contrato, negociar, combinar, ajustar, convencionar, definir. O contrato é um termo jurídico que regula a relação entre entes públicos e/ou privados. Processo por meio do qual estabelecimentos e serviços privados de saúde passam a integrar a rede do SUS.

PORTARIA Nº 822/GM DE 17 DE ABRIL DE 2006.

Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.

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

Considerando o disposto na Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família - PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS;

Considerando o disposto na Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006, que define valores de financiamento do PAB fixo e variável; e

Considerando o pactuado na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, de 30 de março de 2006, sobre a necessidade de alteração de critérios para definição de modalidades das ESF, dispostos na Política Nacional de Atenção Básica,

RESOLVE:

Art. 1º Alterar a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, página 71, os critérios para que as Equipes Saúde da Família - ESF enquadrem-se na Modalidade 1, dispostos no item 2.2 do Capítulo III da Política Nacional de Atenção Básica, que passam a vigorar com a seguinte redação:

"Equipe de Saúde da Família:

I - ESF Modalidade 1 são:

- Todas as ESF implantadas em municípios:

a) com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal, ou

b) com população até 30 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7, nos demais Estados do País; ou

c) que já fazem jus ao recebimento de acréscimo de 50% no valor dos incentivos referentes ao total de ESF e ESB que implantar; e

As ESF implantadas em municípios não incluídos no estabelecido na alínea I e atendam a população remanescente de quilombos e/ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica. "(NR)".

Art. 2º Alterar os Anexos III e IV da Portaria nº 650/GM, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, página 76, que passam a vigorar com



a redação constante dos Anexos I e II a esta Portaria, respectivamente.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar do mês abril de 2006.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

**PORTARIA GM Nº 1.097
DE 22 DE MAIO DE 2006.**

Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

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

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e aos serviços de assistência à saúde, com equidade;

Considerando o Inciso XI do art. 7º do capítulo II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”;

Considerando o art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que o “processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”;

Considerando a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde;

Considerando o disposto nas Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde, aprovadas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, em especial seu item III.A.5 - Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e item III. B. 3 - Responsabilidades no Planejamento e Programação;

Considerando o financiamento tripartite para as ações e os serviços de saúde, conforme o disposto na Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando os parâmetros para a programação de ações de assistência à saúde a serem publicados pelo Ministério da Saúde em portaria específica;

Considerando a necessidade de acompanhamento dos Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) pelo Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade de redefinição dos mecanismos de envio das atualizações das programações e dos respectivos limites financeiros de média e alta complexidade pelos Estados; e

Considerando a reformulação da Programação Pactuada e Integrada aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 27 de abril de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Art. 2º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde se oriente pelo Manual “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde”, a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Art. 3º Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são:

I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;

III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;

IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;

V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;



VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e

VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme Anexo I a esta Portaria.

§ 1º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, de que trata o inciso VII deste artigo, é o documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros municípios.

§ 2º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso entre municípios de uma mesma Unidade Federada deve ser aprovado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso interestadual deve ser aprovado nas Comissões Intergestores Bipartite dos Estados envolvidos.

Art. 4º Os pressupostos gerais que deverão nortear a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência são os seguintes:

I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão;

II - orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;

III - ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite. (CIB), em cada unidade federada; e

IV - estar em consonância com o processo de construção da regionalização.

Art. 5º Os eixos orientadores do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência são os seguintes:

I - Centralidade da Atenção Básica – a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção;

II - Conformação das Aberturas Programáticas:

a) a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas;

b) a programação das ações ambulatoriais que não

estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela;

c) a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e

d) os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais;

III - Parâmetros para Programação de Ações de Saúde:

a) a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada;

b) a programação das ações de alta complexidade dar-se-á, conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade;

IV - Integração das Programações – os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde;

V - Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados - visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e

VI - Processo de Programação e Relação Intergestores - definição das seguintes etapas no processo de programação:

a) Etapa Preliminar de Programação;

b) Programação Municipal;

c) Pactuação Regional; e

d) Consolidação da PPI Estadual.

§ 1º Estabelecer que, quando necessário, seja realizada a programação interestadual, com a participação dos Estados e dos municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização.

§ 2º Estabelecer que a programação de Estados, de municípios e do Distrito Federal esteja refletida na programação dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

§ 3º Dar flexibilidade aos gestores estaduais e municipais na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

Art 6º A programação nas regiões de fronteiras in-



ternacionais deve respeitar o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras), instituído pela Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005.

Art 7º Definir que a Programação Pactuada e Integrada seja realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras.

Parágrafo único. Estabelecer que no início da gestão municipal seja efetuada uma revisão da PPI estadual para face dos novos Planos Municipais de Saúde.

Art. 8º Estabelecer que, ao final do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, a Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal encaminhe à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a seguinte documentação acompanhada de ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB:

I - cópia da resolução CIB que aprova a nova programação;

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme Anexo II a esta portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB;

III - quadro síntese dos critérios e parâmetros adotados; e

IV - memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal podem dispor de instrumentos próprios de programação, respeitando os padrões estabelecidos por esta Portaria.

§ 2º Os incisos III e IV deste artigo podem ser substituídos pelo envio da base do sistema informatizado do Ministério da Saúde, para os Estados que optarem pela sua utilização.

Art 9º Determinar que alterações periódicas nos Limites Financeiros dos Recursos Assistenciais para Média e Alta Complexidade dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, decorrentes de revisões na PPI, sejam aprovadas pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhadas à Secretaria de Atenção à Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde, e do Distrito Federal mediante ofício, devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB, acompanhado da seguinte documentação:

I - cópia da Resolução da CIB que altera o(s) limite(s) financeiro(s), justificando e explicitando os valores anuais do Estado e dos Municípios envolvidos; e

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade conforme o Anexo

II a esta Portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB.

Art 10. Os documentos discriminados nos incisos dos artigos 8º e 9º desta Portaria deverão ser postados à Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC)

Parágrafo único. Os quadros referentes ao Anexo II a esta Portaria também deverão ser encaminhados em meio magnético à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio do endereço eletrônico ppiassistencial@saude.gov.br, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro MAC.

Art. 11. Definir com competência da Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, a conferência e a validação da documentação encaminhada pelos Estados e o Distrito Federal, bem como a devida orientação às Secretarias Estaduais quanto ao seu correto preenchimento.

Art. 12. Estabelecer que as alterações de limites financeiros, cumpridos os trâmites e prazos estabelecidos nesta Portaria, entrem em vigor a partir da competência subsequente ao envio da documentação pela CIB, por intermédio de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 1º Quando ocorrerem erros no preenchimento da documentação, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas deverá comunicar à CIB, viabilizando um prazo para regularização pela SES, não superior a cinco dias úteis, objetivando que a vigência da publicação não seja prejudicada.

§ 2º Não serão realizadas alterações de limites financeiros, com efeitos retroativos em relação ao prazo estabelecido no artigo 10, excetuando os casos excepcionais, devidamente justificados.

§ 3º Os casos excepcionais deverão ser enviados à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, com as devidas justificativas pela CIB Estadual e estarão condicionados à aprovação do Secretário de Atenção à Saúde, para posterior processamento pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

§ 4º As mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, adotadas por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS, serão de exclusiva responsabilidade do gestor do SUS que as adotar.

§ 5º Nas situações em que não houver acordo na Comissão Intergestores Bipartite, vale o disposto no regulamento do Pacto de Gestão, publicado pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.



Art 13. Determinar que à Secretaria de Atenção à Saúde/MS adote as medidas necessárias à publicação de portaria com Parâmetros para Programação de Ações de Assistência à Saúde.

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

Art. 15. Fica revogada a Portaria nº 1.020/GM, de 31 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 107, de 6 de junho de 2002, página 39, Seção 1, e a Portaria nº 04/SAS/MS, de 6 de janeiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 5-E, de 7 de janeiro de 2000, página 20, Seção 1.

ASS JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO I
TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO

O município de (nome do município de referência), representado pelo Secretário Municipal de Saúde (nome do Secretário), assume a garantia de acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde procedentes dos municípios XXXXX, WWWWW, YYYYY, ZZZZZZ, conforme a Programação Pactuada e Integrada , aprovada na reunião da Comissão Intergestores Bipartite - CIB realizada em ___/___/___ . (anexar relatório das referências recebidas)

Local e data

(nome do gestor do município de referência)
(assinatura)
(nome do coordenador municipal da CIB)
(assinatura)
(nome do coordenador estadual da CIB)
(assinatura)

(nome do coordenador estadual/municipal da CIB do estado encaminhador - no caso de PPI Interestadual)

ANEXO II

QUADRO 01

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DA PPI EM TODOS OS MUNICÍPIOS DA UF (valores anuais)

Competência:

UF:

IBGE	Município	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	Incentivos permanentes de custeio *	Valores encaminhados a outras UFs	Valores recebidos de outras UFs	Ajustes	TOTAL PPI ASSISTENCIAL
		Pop. Própria	Pop. Referência	Pop. Própria	Pop. Referência			
Total quadro 01								
<small>* Os incentivos desta coluna referem-se ao SAMU, Centro de Referência Saúde do Trabalhador, Integra - SUS, IAPI, FIDEPS e Incentivo de Adesão à Contratualização . Os valores referentes ao custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Hospitais de Pequeno Porte estão contemplados nas colunas de população própria e referenciada, e deverão ser compatibilizados com o valor do incentivo de custeio previsto para cada estabelecimento.</small>								



QUADRO 02

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES PROGRAMADOS NA SES (valores anuais)

Competência: _____ UF: _____

Código da UF _____ ESPECIFICAÇÃO _____ TOTAL PPI ASSISTENCIAL _____

Tratamento Fora do Domicílio Estadual _____

Hemorrede _____

Valores encaminhados a outras UFs _____

Valores recebidos de outras UFs _____

Outros _____ (especificar) _____

Total quadro 02

OBS : total quadro 1 + total quadro 2 = total da UF

Os valores recebidos pelos estabelecimentos da Rede Sarah não estão contemplados nestes quadros

QUADRO 03

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES ENCAMINHADOS A MUNICÍPIOS DE OUTRAS UFs DE REGIÕES INTERESTADUAIS (valores anuais)

Competência: _____ UF: _____

IBGE do município de origem	Município de origem		Município executor	RECURSOS ENCAMINHADOS	TOTAL PPI ASSISTENCIAL
	Gestão Estadual	Gestão Municipal			

Subtotal estado Y _____

Subtotal estado X _____

Total quadro 03 _____

QUADRO 04

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS EM FUNÇÃO DE TCEP ENTRE OS GESTORES ESTADUAL e MUNICIPAL (valores anuais)

Competência: _____ UF: _____

IBGE	Município	Nome da Unidade	Código CNES	Número do Termo	Data de Publicação do Extrato do Termo	Fundo (FMS ou FES) para o qual serão realizadas as transferências	Valor ANUAL a ser destinado ao Fundo de Saúde

Total quadro 04

Os valores serão descontados da PPI dos municípios (quadro 1) quando as transferências forem realizadas ao FES. Quando as transferências forem realizadas ao FMS os valores não serão descontados da PPI dos municípios



ANEXO II

QUADRO 05

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS EM FUNÇÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB GESTÃO ESTADUAL (valores anuais)

Competência:

UF:

IBGE	Município	Valor ANUAL a ser destinado ao Fundo Estadual de Saúde			
		www			
		Pop. Própria	Pop. Referência	Pop. Própria	Pop. Referência
www					
subtotal do município WWW					
Total quadro 05					

ANEXO II

QUADRO 06

PPI ASSISTENCIAL - DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS PARA RETENÇÃO DOS RECURSOS PELO FNS E TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS UNIDADES PRESTADORAS UNIVERSITÁRIAS FEDERAIS (valores anuais)

Competência:

UF:

Gestão	IBGE	Município	Nome da Unidade	Código CNES	Nº do contrato	Data de Publicação do Extrato do Contrato	Valor ANUAL a ser retido no FNS e transferido diretamente a Unidade Prestadora
Gestão Municipal							
Sub Total 1º parte do quadro 06							
Gestão Estadual							
Sub Total 2º parte do quadro 06							

ANEXO II

QUADRO 07

(totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

Competência:

UF:

Competência: 0

UF:

IBGE	Município	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR	Incentivos permanentes de custeio *	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas ao FES (-)	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual (-)	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde (-)	Valores encaminhados ou recebidos de outras UFs (+ ou-)	TOTAL FUNDO MUNICIPAL	Valores transferidos aos FMS
			Origem do dado							
						QUADRO 1			QUADRO 4	QUADRO 5

**QUADRO 08 (totalizador)****PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE**
(valores anuais)

Competência:

UF:

Código gestão estadual	ESPECIFICAÇÃO DOS RECURSOS	Origem do dado	Valor
999999	(+) Limites referentes aos recursos programados na SES		Quadro 2
999999	(+) Valores a receber referentes a estabelecimentos sob gestão estadual		Quadro 5
999999	(+) Valores a receber referentes à TCEP com transferências diretas ao FES		Quadro 4
999999	(-) Valores a serem retidos pelo Fundo Nacional de Saúde e transferidos diretamente às unidades prestadoras universitárias federais		Quadro 6 - 2ª parte
999999	(+ ou -) Valores encaminhados ou recebidos de outras UFs		Quadro 2
	VALORES TRANSFERIDOS AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE		

QUADRO 09**(totalizador) - PPI ASSISTENCIAL - CONSOLIDADO DA PROGRAMAÇÃO (valores anuais)**

Competência:

UF:

Especificação	Origem do dado	Valor
Total dos valores transferidos aos Fundos Municipais de Saúde		Quadro 7
Total dos valores transferidos ao Fundo Estadual de Saúde		Quadro 8
Total dos valores retidos do Fundo Nacional de Saúde		Quadro 6
Total Geral da UF		



Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde





© 2006 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série E. Legislação de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 500 exemplares

Informações:

Disque Saúde – 0800 61 1997

Edição e distribuição:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Assessoria de Comunicação Social - ASCOM

Espanada dos Ministérios, Bloco "G", 5º Andar
70058-900 Brasília – DF

Secretaria de Atenção à Saúde

Espanada dos Ministérios, Bloco "G", 9º Andar
70058-900 Brasília – DF

Sistematização e pesquisa sobre Legislação em Saúde:

Coordenação-Geral de Documentação e Informação – SAA/SE/MS

Contribuição técnica sobre Humanização da Atenção e Gestão na Saúde:

Política Nacional de Humanização – PNH/SAS/MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

8 p. (Série E. Legislação de Saúde)

ISBN 85-334-1108-1

1. Direito à saúde. 2. Defesa do paciente. I. Título. II. Série.

NLM W 85

Catálogo na fonte – Editora MS

Títulos para indexação:

Em inglês: Letter of the Health Users Rights

Em espanhol: Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud

A carta que você tem nas mãos baseia-se em seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A carta é também uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade.

PRINCÍPIOS DESTA CARTA

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

**SE PRECISAR, PROCURE A SECRETARIA
DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO.**





Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Considerando o art. 196, da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde.

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite apresentam a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e convidam todos os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas para que promovam o respeito destes direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

O PRIMEIRO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.

Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:

- I. O acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia.
- II. Nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema.
- III. Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo.
- IV. O encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de redeguarda.
- V. Quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio.

VI. As informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social.

VII. O acesso de que trata o caputí inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva.

VIII. A garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente a pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

O SEGUNDO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

- I. Atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde.
- II. Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:
 - a) hipóteses diagnósticas;
 - b) diagnósticos confirmados;
 - c) exames solicitados;
 - d) objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;
 - e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
 - f) duração prevista do tratamento proposto;
 - g) no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
 - h) finalidade dos materiais coletados para exames;
 - i) evolução provável do problema de saúde;
 - j) informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário.
- III. Registro em seu prontuário, entre outras, das seguintes informações, de modo legível e atualizado:
 - a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de

enfermeagem e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;

b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

c) identificação do responsável pelas anotações.

IV. O acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento.

V. O recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:

- a) o nome genérico das substâncias prescritas;
- b) clara indicação da posologia e dosagem;
- c) escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;
- d) textos sem códigos ou abreviaturas;
- e) o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
- f) a assinatura do profissional e data.

VI. O acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar, quando pertinente, treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial.

VII. Encaminhamentos para outras unidades de saúde, observando:

- a) caligrafia legível ou datilografados/digitados ou por meio eletrônico;
- b) resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
- c) a não utilização de códigos ou abreviaturas;
- d) nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado;
- e) identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

O TERCEIRO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e à uma relação mais pessoal e saudável.

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

I. A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação

do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

II. Profissionais que se responsabilizam por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção.

III. Nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a:

- a) integridade física;
- b) privacidade e conforto;
- c) individualidade;
- d) seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- f) segurança do procedimento;
- g) bem-estar psíquico e emocional.

IV. O direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idosos). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas.

V. Se criança ou adolescente, em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação.

VI. A informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha.

VII. A opção pelo local de morte.

VIII. O recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário.

O QUARTO PRINCÍPIO assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento.

O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

I. Escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação, e ter sido informado pela operadora da existência e disponibilidade do plano referência.

II. O sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo





quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública.

III. Acesso a qualquer momento, o paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência.

IV. Recebimento de laudo médico, quando solicitar.

V. Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais.

VI. Não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, nos locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados.

VII. A indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia.

VIII. Receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social.

IX. Ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento.

X. Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação.

XI. Saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço.

XII. Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.

XIII. Participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

O QUINTO PRINCÍPIO assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada.

Todo cidadão deve se comprometer a:

I. Prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde.

II. Manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas.

III. Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico.

IV. Informar ao profissional de saúde e/ou à equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde.

V. Assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde.

VI. Contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo, derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente.

VII. Adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde.

VIII. Ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permaneçam em seu poder.

IX. Observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta carta.

X. Atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento.

XI. Comunicar aos serviços de saúde ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados.

XII. Participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

O SEXTO PRINCÍPIO assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

I. Promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação.

II. Adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta carta, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada.

- III.** Incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS.
- IV.** Promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta carta.
- V.** Adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do sistema de saúde.

I – RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE DO CIDADÃO

Compete ao município "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população" – Constituição da República Federativa do Brasil, art. 30, item VII.

II – RESPONSABILIDADES PELA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

A. DOS GOVERNOS MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- 1 – Gerenciar e executar os serviços públicos de saúde.
- 2 – Celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução.
- 3 – Participar do planejamento, programação e organização do SUS em articulação com o gestor estadual.
- 4 – Executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador.
- 5 – Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.
- 6 – Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução.
- 7 – Participar do financiamento e garantir o fornecimento de medicamentos básicos.

B. DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- 1 – Acompanhar, controlar e avaliar as redes assistenciais do SUS.

- 2 – Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios.
- 3 – Executar diretamente ações e serviços de saúde na rede própria.
- 4 – Gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional.
- 5 – Acompanhar, avaliar e divulgar os seus indicadores de morbidade e mortalidade.
- 6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir os medicamentos de alto custo em parceria com o governo federal.
- 7 – Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador.
- 8 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com a União e municípios.
- 9 – Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

C. DO GOVERNO FEDERAL:

- 1 – Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal.
- 2 – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.
- 3 – Formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde.
- 4 – Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância sanitária e epidemiológica.
- 5 – Estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em parceria com estados e municípios.
- 6 – Participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir para os estados os medicamentos de alto custo.
- 7 – Implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com estados e municípios.
- 8 – Participar na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho.
- 9 – Elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde.
- 10 – Auditar, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.



ISBN 85-334-1108-1



9 798533 411080

A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE FOI
ELABORADA EM CONSENSO PELOS GOVERNOS FEDERAL,
ESTADUAIS E MUNICIPAIS E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

**SE PRECISAR, PROCURE A
SECRETARIA DE SAÚDE
DO SEU MUNICÍPIO.**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MAIS ATENÇÃO A VOCÊ**



**DISQUE SAÚDE
0800 61 1997**

www.saude.gov.br

Ministério
da Saúde





Parte II

Notas Técnicas do CONASS





Apresentação

A efetivação do pacto pela saúde 2006 será sem dúvida um dos nossos maiores desafios.

A aprovação das portarias de regulamentação do pacto pela saúde 2006 é o resultado de um esforço conjunto dos três gestores, no entanto o resultado de todo esse trabalho só será bem sucedido se conseguirmos transformar em prática aquilo que pudemos consensar.

É necessário que em curto prazo possamos divulgar o pacto pela saúde.

É necessário que as secretarias municipais e estaduais de saúde e as comissões intergestores bipartite estejam preparadas para assumirem as responsabilidades previstas.

Essas Notas Técnicas, elaboradas pela assessoria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), trazem a análise e os comentários sobre as Portarias GM/MS 399, GM/MS 699, GM/MS 648, GM/MS 649, GM/MS 650, GM/MS 822 e GM/MS 698 de 2006 e servirão de subsídio para o trabalho das Secretarias Estaduais de Saúde.





Para entender o Pacto pela Saúde 2006





I. INTRODUÇÃO

Desde 2003, resultado das discussões e dos consensos elaborados a partir do Seminário para Construção de Consensos do CONASS e da carta de Sergipe, o CONASS solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS.

Era compreensão dos gestores estaduais que o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e as diferenças do nosso país e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada Estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde; atenção primária; assistência de média e alta complexidade; epidemiologia e controle de doenças; vigilância sanitária e ambiental; a reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT e o fortalecimento do controle social.

Entre as prioridades discutidas e consideradas prioritárias para os secretários, citamos: compromisso com o SUS e seus princípios; o fortalecimento da Atenção Primária; a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial; o fortalecimento do papel dos Estados; a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29 e por mais recursos financeiros para a área da saúde.

O processo iniciou-se em agosto de 2004, quando foi organizada, pelo Ministério da Saúde, uma oficina denominada "Agenda do Pacto de Gestão", com objetivo de dar início à discussão para a revisão do processo normativo do SUS e estabelecer as diretrizes, os conteúdos e a metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais referentes ao processo de gestão do SUS. Os participantes dessa oficina foram representantes do CONASS, Conasems e do Ministério da Saúde.

O trabalho conjunto exigiu o exercício da construção de consensos entre CONASS, Conasems e Ministério da Saúde. Há pontos de operacionalização que ainda estão sendo discutidos, pois esse processo é dinâmico e necessita de avaliação constante para sua efetiva operacionalização, assim como para aperfeiçoar os mecanismos de planejamento e a programação para a gestão do SUS. Os primeiros resultados obtidos constam da Portaria GM/MS n.º 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

Em 03 de abril de 2006, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 699, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e a Portaria GM/MS n.º 698, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e de

serviços de saúde em blocos de financiamento.

Estas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e de programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI); além de possibilitarem a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos Estados com objetivo de melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde.

II. PACTO PELA SAÚDE

A partir das discussões que envolvem o Pacto de Gestão, houve a compreensão pelos gestores federal, estaduais e municipais da importância de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como a necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS. Então, estabeleceu-se a organização de um Pacto pela Saúde, com capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e de organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira e tornar a saúde uma política de Estado mais que uma política de governo. Esse processo de pactuação tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

Nesse sentido, foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão.

PACTO EM DEFESA DO SUS

Compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais que uma política de governos.

Os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

- implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:
 - mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
 - alcançar, em curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, pelo Congresso Nacional;
 - garantir, em longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e os financeiros para a saúde;



- aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas;
- elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto pela Vida – como instrumento do Pacto pela Saúde 2006 – representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS, vigente até agora.

Esse fato ocorre porque rompe com os pactos realizados em variáveis discretas de tempo, por meio de normas operacionais. A observação da trajetória do SUS mostra que esse sistema público de saúde vem sendo mudado, de tempos em tempos, pelas reformas incrementais que se materializaram em normas operacionais (NOBS e NOAS).

Essas normas fixavam-se, prioritariamente, em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários.

Assim, a instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios; de outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. Desse modo, o Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados.

O Pacto pela Vida será permanente. Ao fim do primeiro trimestre de um novo ano, serão avaliados os resultados do ano anterior e pactuadas novas metas e objetivos a serem atingidos no ano em curso.

Ao mesmo tempo, deverá haver um processo permanente de monitoramento, de cada ente com relação ao próprio âmbito, dos estados em relação aos municípios do seu território, dos municípios em relação ao Estado, dos municípios e Estado com relação à União e da União em relação aos Estados, municípios e Distrito Federal.

Para que não se proceda, uma vez mais, à formalização de pactos meramente burocráticos, com poucos resultados sanitários, haverá de se operar mudanças nos mecanismos de pactuação, seja no campo cultural,

seja no campo operacional.

Há de se mudar a cultura da pactuação: o pacto não termina no momento de sua assinatura, mas ali começa. No entanto, os objetivos e as metas pactuados devem servir de bússola para que os diferentes entes federados orientem suas decisões estratégicas e focalizem a alocação dos recursos. Só quando houver convergência entre metas e objetivos pactuados, priorização de ações táticas e alocação de recursos, estarão sendo feitos pactos reais.

No campo operativo, as metas e os objetivos do Pacto pela Vida devem se inscrever em instrumentos jurídicos públicos, os Termos de Compromisso de Gestão, firmados pela União, Estados e municípios. Esses termos têm como objetivo formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes às esferas governamentais na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS.

Nos Termos de Compromisso de Gestão inscrevem-se, como parte substantiva, os objetivos e metas prioritárias do Pacto pela Vida, bem como seus indicadores de monitoramento e de avaliação.

A operacionalização do processo de monitoramento e avaliação deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

A definição de objetivos deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Os pactos estaduais deverão estar referenciados pelas metas e objetivos nacionais; os pactos regionais e municipais devem estar referenciados pelas metas estaduais. Essa é uma mudança operacional importante porque não há de se impor metas nacionais a estados, nem metas estaduais a regiões ou municípios. Pacto é negociação equilibrada entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra.

O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica/Primária.

SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1 – O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

- promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;



- estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- a implantação de serviços de atenção domiciliar;
- o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- fortalecimento da participação social;
- formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2 - Ações estratégicas

• Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

• Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa – para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

• Programa de Educação Permanente à Distância – implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

• Acolhimento – reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

• Assistência Farmacêutica – desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

• Atenção Diferenciada na Internação – instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

• Atenção Domiciliar – instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

1 – Objetivos e metas para o controle do câncer de colo de útero:

- cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006;
- incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometida (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

2 – Metas para o controle do câncer de mama:

- ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo;
- realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL

1 – Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil:

- reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006;
- reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006;
- apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes;
- criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

2 – Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna:

- reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006;
- garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto;
- qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.

FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

1 – Objetivos e metas para o controle da dengue:

- plano de contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;
- reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006;



2 – Meta para a eliminação da hanseníase

- atingir o patamar de eliminação como problema de saúde pública, ou seja, menos de um caso por 10 mil habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

3 – Metas para o controle da tuberculose

- atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano;

4 – Meta para o controle da malária

- reduzir em 15% a incidência parasitária anual, na região da Amazônia Legal, em 2006

5 – Objetivo para o controle da Influenza

- implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação – SIVEP-GRIPE, em 2006.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

1 – Objetivos

- elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
 - enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
 - articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
 - promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
 - elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos Estados e municípios devendo, iniciar sua implementação em 2006.

FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1 – Objetivos:

- assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais;
 - desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção primária por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
 - consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios;
 - ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família

lia nos grandes centros urbanos;

- garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços;
- garantir o financiamento da Atenção Primária como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Primária nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Primária nas três esferas de governo, com objetivo de qualificar a gestão descentralizada;
- apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Primária que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais;
- implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

PACTO DE GESTÃO

Contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei n.º 8080/90. Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Avança na regionalização e na descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados, e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

1 – Os objetivos do Pacto de Gestão são

- definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação;
- estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada;



Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

III. DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS – O QUE MUDA COM O PACTO

A – DESCENTRALIZAÇÃO

Com a aprovação das diretrizes do Pacto de Gestão inicia-se um processo de descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite.

Desta forma, a proposta é de que gradativamente, respeitadas as diretrizes e as normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, os Estados, em parceria com os municípios, nas CIBs, definam os modelos organizacionais a serem implantados de acordo com a realidade de cada estado e região do país. Não será mais necessário o envio de processos de credenciamento de serviços e/ou projetos para implantação de novos serviços ao Ministério da Saúde.

Neste sentido, as Secretarias Estaduais, em parceria com a representação dos municípios nos Estados, devem fortalecer esse espaço de negociação e pactuação, por meio de câmaras técnicas e/ou grupos de apoio para dar suporte às decisões da CIB.

As CIBs estaduais e microrregionais passam a desempenhar papel relevante na análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e regulação do sistema.

B – REGIONALIZAÇÃO

O Pacto de Gestão reafirma a Regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Atualmente, existem inúmeras regiões de saúde constituídas no país, portanto, há de se considerar os esforços já realizados na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), nos Estados, a partir da implantação da NOAS/SUS 01/2002. Assim, as Secretarias Estaduais, considerando as premissas propostas no pacto de gestão, devem avaliar a constituição das regiões de saúde, dos seus Planos Diretores de Regionalização com objetivo de conformar o modelo de atenção integrado.

O que se pretende com o processo de regionalização é melhorar o acesso a serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a se desenvolver sistemas eficientes e efetivos. E ao construir uma regionalização eficaz, criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde.

O Pacto não propõe nenhum desenho ou modelo padrão de Região de Saúde. Cada CIB deverá estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e aos serviços de saúde. Portanto, a definição do conjunto de ações e serviços

a serem desempenhadas em cada região deverá estar de acordo com as necessidades de saúde e da capacidade de oferta da região. No entanto, para que isso ocorra, será necessário que o processo de regionalização se faça sobre territórios sanitários mais que sobre territórios político-administrativos. O que implicará o uso de metodologias que incorporem operacionalmente os conceitos de economia de escala, os fluxos viários e os fluxos assistenciais.

O processo de regionalização envolverá diferentes territórios sanitários: a microárea de abrangência de um agente comunitário de saúde; a área de abrangência de uma equipe de saúde da família ou de uma Unidade Básica de Saúde; a região de saúde (na prática o mesmo que a microrregião da NOAS) que será o território de auto-suficiência nos procedimentos de média complexidade; e a macrorregião que será o território de auto-suficiência em procedimentos de média complexidade de mais alta densidade tecnológica e dos procedimentos de alta complexidade. Em conseqüência, as escalas das regiões serão bem menor que a escala das macrorregiões.

O processo de regionalização, obedecidos os princípios mencionados, deverá ser flexível, especialmente em regiões de baixa densidade demográfica, em que, sempre, o princípio do acesso preponderará frente ao princípio da escala.

O resultado do processo de regionalização, no que concerne às regiões e às macrorregiões sanitárias, deverá estar expresso no Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Da mesma forma, permanece o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, devem refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

O processo de regionalização inscreve-se em uma perspectiva de mudança cultural: da regionalização espacial para uma regionalização da atenção à saúde. Nesse sentido, o processo de regionalização será utilizado como base espacial para a construção de redes de atenção à saúde. Isso é uma exigência da situação epidemiológica brasileira, marcada pela convivência de doenças transmissíveis e doenças crônicas, com predominância relativa dessas últimas. Quando existe uma situação de dupla carga das doenças impõe-se uma resposta social organizada dos sistemas de saúde, expressa nas redes integradas de atenção à saúde.

C – MECANISMOS DE GESTÃO REGIONAL.

Uma das mudanças na gestão propostas no pacto é a constituição de um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa por meio de um



colegiado de gestão regional (a proposta de colegiado regional aproxima-se das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais, existentes em alguns Estados brasileiros). A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB.

A constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a região e da representação estadual.

Nas CIBs regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais.

D – FINANCIAMENTO DO SUS

São princípios gerais do financiamento para o SUS:

a) responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do SUS; b) redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos; c) repasse fundo a fundo definido como modalidade preferencial na transferência de recursos entre os gestores; e financiamento de custeio com recursos federais constituídos e transferidos em blocos de recursos.

A principal mudança no financiamento, relativo ao custeio das ações e serviços de saúde, é a alocação dos recursos federais em cinco blocos. As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, municípios e Distrito Federal serão compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. Desta forma, estados e municípios terão maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde.

Os blocos de financiamento para o custeio são:

- Atenção básica/primária;
- Atenção de média e alta complexidade;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica; e
- Gestão do SUS

Os recursos de cada bloco de financiamento devem ser aplicados exclusivamente às ações e serviços de saúde relacionados ao bloco. Aos recursos oriundos da prestação de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, resultante da produção das unidades públicas, não se aplica essa restrição.

No bloco de financiamento da assistência farmacêutica, os recursos devem ser aplicados exclusivamente às ações definidas em cada componente.

BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA

O Bloco da Atenção Básica será constituído por dois componentes: Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo e Piso da Atenção Básica Variável (PAB) Variável.

O Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo refere-se ao custeio de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao PAB fixo, podem ser aplicados no custeio destas unidades.

O Piso da Atenção Básica Variável (PAB) Variável é constituído por recursos financeiros destinado ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, tais como:

- I – Saúde da Família;
- II – Agentes Comunitários de Saúde;
- III – Saúde Bucal;
- IV – Compensação de Especificidades Regionais;
- V – Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI – Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII – Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; e
- VIII – outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Os recursos do PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes do respectivo plano de saúde. Os recursos do PAB Variável transferidos atualmente para custeio das ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a compor o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

O Ministério da Saúde está propondo o incremento de recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais, correspondente a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e informados ao plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e regulamentadas por ato normativo específico.

BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes: componente limite financeiro da Média e Alta



Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar de Estados, Distrito Federal e Municípios, é destinado ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde.

O financiamento dos incentivos permanentes do Componente MAC inclui aqueles atualmente designados aos:

- I – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- II – Laboratório de Prótese Dentária;
- III – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu);
- IV – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- V – Hospitais de Pequeno Porte;
- VI – Incentivo de Integração do SUS (Integrassus);
- VII – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps);
- VIII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (Iapi); e
- IX – outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e não financiados por procedimento.

Os recursos federais de que trata este artigo serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, publicada em ato normativo específico.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) deverá ser reduzido ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

- procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC);
- transplantes;
- ações estratégicas emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;
- novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

Sendo que os procedimentos atualmente pagos por meio do Faec serão incorporados, gradativamente, aos limites financeiros dos estados e municípios, na medida da elaboração do cálculo dos valores correspondentes, de acordo com parâmetros a serem pactuados na CIT.

BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde de será constituído por dois componentes: Componen-

te da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Componente da Vigilância Sanitária em Saúde.

O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, à prevenção e ao controle de doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde que incluem os seguintes incentivos: Hospitais do Sub-Sistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Registro de Câncer de Base Populacional, Atividade de Promoção à Saúde, Laboratórios de Saúde Pública e outros que vierem a ser implantados pelo ato normativo específico.

No componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, também estão incluídos recursos federais com repasses específicos, destinados às seguintes finalidades:

- I – fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II);
- II – campanhas de vacinação; e
- III – incentivo do Programa DST/Aids;

Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios – componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

Os recursos de que trata o componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde deverá contemplar ações de rotina e poderá ser acrescido de valores específicos para a execução de ações contingenciais, conforme pactuação na CIT.

O Componente da Vigilância Sanitária em Saúde será constituído do Termo de Ajuste e Metas (TAM) e do Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária (PAB) VISA.

BLOCO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação em caráter excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

O Componente Básico é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.



A Parte Financeira Fixa do Componente Básico consiste em um valor *per capita* destinado à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica em atenção básica, transferido ao Distrito Federal, Estados e/ou municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e normatização da política de assistência farmacêutica vigente. A Parte Financeira Variável do Componente Básico consiste em valores *per capita* destinados a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

Os recursos da Parte Variável do Componente Básico poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados a Estados, municípios e Distrito Federal, de acordo com a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nestes Programas.

Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, retificando a Portaria GM nº 399, de 22/02/2006.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:

I – controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II – anti-retrovirais do programa DST/AIDS;

III – sangue e semoderivados; e

IV – imunobiológicos.

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional destina-se ao financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para a aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais.

O Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional será reformulado no prazo de 60 dias, mediante pactuação entre as três esferas de gestão do SUS, observadas as seguintes diretrizes:

I – Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;

II – Definição de percentual de co-financiamento entre as esferas de gestão federal e estadual;

III – Revisão periódica de valores da tabela de procedimentos; e

IV – Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

O Ministério da Saúde transferirá, mensalmente, às Secretarias Estaduais os valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, com base nas emissões de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac).

O Componente de Organização da Assistência Farmacêutica é constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à assistência farmacêutica.

BLOCO DE FINANCIAMENTO PARA A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este será composto por novos recursos federais que serão incorporados aos tetos financeiros de Estados e municípios e destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas à organização dos serviços de saúde, acesso da população e a aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos:

- Regulação, controle, avaliação e auditoria;
- Planejamento e Orçamento;
- Programação;
- Regionalização;
- Participação e Controle Social;
- Gestão do Trabalho;
- Educação em Saúde;
- Incentivo à implementação de políticas específicas;
- Estruturação de serviços e organização da assistência farmacêutica.

Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por portarias específicas.

FINANCIAMENTO PARA INVESTIMENTOS

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.



E – PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENÇÃO EM SAÚDE (PPI)

O Ministério da Saúde está propondo diretrizes para a elaboração da PPI para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A nova proposta de PPI permite maior autonomia dos gestores na definição de suas prioridades e nos parâmetros a serem adotados de acordo com a necessidade, demanda, e disponibilidade de recursos para programação de ações e serviços de saúde no âmbito dos estados.

Permanece na PPI a explicitação dos pactos de referência entre municípios, determinando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

Porém, a proposta ainda é conservadora e não avança no processo de integração das ações de vigilância à saúde, será necessário fazer um esforço no sentido de integrar as programações que estão dispersas no Pacto de indicadores da Atenção Básica, na PPI da vigilância à saúde e no Termo de Ajuste e Metas da Vigilância Sanitária.

F – REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Como princípios orientadores do processo de regulação, estabeleceram-se:

- cada prestador responde apenas a um gestor;
- a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
 - da descentralização, municipalização e comando único;
 - da busca da escala adequada e da qualidade;
 - considerar a complexidade da rede de serviços locais;
 - considerar a efetiva capacidade de regulação;
 - considerar o desenho da rede estadual da assistência;
 - a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS;
 - a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;
 - a operação dos complexos reguladores no que diz respeito a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador;
 - pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual;

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

Como explicitado pelas diretrizes a regulação dos prestadores não tem um modelo único para o país. Cada CIB poderá definir o modelo que melhor se adapte a realidade do Estado e municípios envolvidos.

A regulação assistencial não é prerrogativa de uma esfera de governo, exclusivamente.

Porém, vale destacar nessa premissa, o papel fundamental das Secretarias Estaduais na garantia do acesso do cidadão, notadamente nas referências intermunicipais.

Considerando a necessidade de avançar no processo de regulação dos prestadores foram estabelecidas metas para este Pacto, que devem ser alcançadas no prazo de um ano:

- 1 – Contratualização de todos os prestadores de serviços;
- 2 – Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;
- 3 – Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

IV – RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS

O pacto de gestão estabeleceu que as ações e serviços de atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios. As demais ações e os serviços de saúde serão atribuídos de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

Em relação à gestão dos prestadores de serviço, fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

Ou seja, estados e municípios são considerados gestores de saúde, o que diferencia o gestor, a partir da publicação do pacto, é a pactuação de responsabilidades definidas nas respectivas CIBs. A gestão dos prestadores deixa de ser prerrogativa do gestor municipal ou estadual, como era no processo anterior, conforme a condição de habilitação. Assim, pode-se haver situação que o Estado fica com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for à compreensão dos gestores para determinado Estado.



Não há um modelo a ser seguido, tampouco existe alguma prerrogativa para que os Estados ou municípios assumam a gestão de parte ou de todos os prestadores em determinada região do Estado. A definição da gestão ficará de acordo com pactuação a ser estabelecida nas CIBs.

A – RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

Foram definidas responsabilidades gerais da gestão para os três entes federados (municípios, Estados e União). Estas responsabilidades dizem respeito a questões como à garantia da integralidade da atenção à saúde; participação no financiamento do Sistema Único de Saúde; reconhecimento das necessidades da população; desenvolver a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação; definição do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir o acesso da população aos medicamentos, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; coordenar e executar e as ações de vigilância em saúde, elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

A seguir, apresentamos as responsabilidades específicas dos Estados.

B – RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

1 – coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;

2 – coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

3 – participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

4 – apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

5 – participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;

6 – participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, como definido no plano estadual de saúde,

no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

C – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

1 – formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

2 – formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

3 – elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

4 – coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

5 – apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

6 – operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

D – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

1 – elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal para o seu território;

2 – monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática fundo a fundo e por convênios;

3 – monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;

4 – monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

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

6 – Manter atualizado o cadastramento no Sistema



Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;

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

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

9 – operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;

10 – coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

11 – estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

12 – participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;

13 – operar os complexos reguladores no que diz respeito à referência intermunicipal, conforme pactuação;

14 – monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;

15 – cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;

16 – monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

17 – elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

18 – credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;

19 – fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;

20 – monitorar o cumprimento, pelos municípios, da programação físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

21 – fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;

22 – estabelecer e monitorar a programação fi-

sico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

23 – monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

24 – monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;

25 – implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

26 – monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;

27 – supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

28 – elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

29 – avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde;

30 – implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

31 – realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

E – RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

1 – promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

2 – desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

3 – promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

4 – adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, de acordo com a legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;

5 – considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS,



quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;

6 – propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões nas quais a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

F – RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1 – formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;

2 – promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

3 – apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

4 – articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;

5 – articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

6 – articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

7 – desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

G – RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

1 – apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

2 – prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

3 – organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

4 – estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

5 – apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

6 – promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

7 – apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

8 – implementar ouvidoria estadual, visando ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, de acordo com diretrizes nacionais.

V – IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

A – PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

A implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas, pactuadas na CIT.

O Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, é o documento de formalização do Pacto. Estes termos devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

As Secretarias Estaduais podem definir metas regionais e estaduais, conforme pactuação nas CIBs.

Existe a perspectiva que anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.

Fica extinto o processo de habilitação para Estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/1996 e na NOAS SUS 2002.

Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e Estados que estão habilitados em Gestão Plena o Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) SUS 2002.

B – PROCESSO DE MONITORAMENTO

O processo de monitoramento dos Pactos deve ser permanente, de cada ente, dos Estados em relação aos municípios, dos municípios em relação ao Estado, dos municípios e Estado em relação à União e da União em relação aos Estados, municípios e Distrito Federal.

VI – REGULAMENTAÇÃO DO PACTO PELA SAÚDE

A partir das diretrizes e responsabilidades sanitárias estabelecidas no Pacto pela Saúde], definiu-se a regulamentação dos pactos pela vida e de gestão, por meio da Portaria GM/MS nº 699, de 3 de abril de 2006.



**PORTARIA GM/MS Nº 699
DE 30 DE MARÇO DE 2006**

A Portaria nº 699 GM/MS de 30 de março de 2006 regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação e metas.

A referida portaria estabelece:

- as responsabilidades sanitárias e atribuições de cada gestor do SUS (que consta do anexo termo de compromisso de gestão);
- as metas e objetivos do Pacto pela Vida e define as prioridades dos três gestores para o ano em curso;
- os indicadores de monitoramento dos pactos pela vida e de gestão;
- as normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do limite financeiro global do município, Estado e Distrito Federal;
- define os fluxos de aprovação dos termos de compromisso de gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União;
- as regras de transição relativas à habilitação de municípios;
- o prazo para assinatura dos termos de compromisso de gestão;
- o processo de monitoramento do pacto;
- as regras e fluxos para os processos de recursos dos Estados e Municípios.

São anexos da portaria de regulamentação:

- os termos de compromisso de gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União;
- a declaração de comando único do sistema pelo gestor municipal que explicita a situação de gestão dos prestadores de serviços de acordo com a pactuação na CIB;
- o termo do limite financeiro global do município, estado e Distrito Federal, que informa os recursos federais de custeio, explicitando o valor correspondente aos cinco blocos de financiamento (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS).

Algumas considerações sobre a Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006:

- segundo parágrafo 1º do artigo 2º da referida portaria a unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007.
- o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, terá seu conteúdo pactuado entre Ministério da Saúde, CO-NASS e Conasems e será objeto de portaria específica.
- o Artigo 4º estabelece que a declaração de comando único pelo gestor municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de determinado município. O modelo dessa

declaração encontra-se no anexo VI e deve conter a assinatura do coordenador da CIB e do gestor municipal. A referida declaração apresenta as unidades que serão assumidas a partir de um cronograma pelo município e àquelas que permanecerão sobre gestão estadual.

Cabe nesta Nota Técnica, registrar algumas questões previstas no artigo 13 que trata das regras de transição:

1 – Ficam mantidas as responsabilidades e prerrogativas de Estados e municípios, habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 96 e pela NOAS 01/2002 até a assinatura do respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

2 – Os processos de habilitação de municípios conforme a NOAS 01/2002 que já tinham sido pactuados até a data de publicação dessa portaria (3 de abril de 2006) poderão ser homologados na CIT;

3 – Segundo a portaria, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão assinar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão até nove meses após a publicação dessa portaria (janeiro de 2007);

4 – Cabe salientar que os Estados, o Distrito Federal e os municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste pacto, tais como recursos para a gestão e regulação, e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas, que permanecem em seu fluxo normal. A Portaria prevê que o Ministério da Saúde poderá propor à CIT outros incentivos para os Estados, o Distrito Federal e municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão. Vencido o prazo estabelecido de janeiro de 2007, será feita uma avaliação na CIT sobre a situação dos Estados e municípios que não assinaram o respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

Uma portaria publicada no contexto do Pacto pela Saúde / Pacto de Gestão é a Portaria GM/MS n.º 698/2006, que trata da forma de transferência de recursos federais, cujas diretrizes já foram objeto da Portaria GM/MS n.º 399/2006.



Política Nacional de Regulação





I. INTRODUÇÃO

As diretrizes operacionais instituídas pelo Pacto pela Saúde, publicado pela Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplaram áreas prioritárias do SUS.

Estas diretrizes reafirmam princípios; consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI); e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos Estados com vistas a melhorar e a qualificar o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde.

Em conformidade com esse processo, de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS, está sendo proposta a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as Unidades Federadas.

Nesta nota técnica, apresentamos as diretrizes da regulação assistencial inseridas no Pacto pela Saúde e a proposta de implantação da Política Nacional de Regulação, já aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite, em abril de 2006.

II. DIRETRIZES PARA À REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

No Pacto pela Saúde, como princípios orientadores do processo de regulação, estabeleceram-se:

- cada prestador responde apenas a um gestor;
- a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
 - da descentralização, municipalização e comando único;
 - da busca da escala adequada e da qualidade;
 - da consideração da complexidade da rede de serviços locais;
 - da consideração da efetiva capacidade de regulação;
 - da consideração do desenho da rede estadual da assistência;
 - da primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da Programação Pactuada e Integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes;
- a operação dos complexos reguladores no que diz respeito à referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

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

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

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

Conforme explicitado pelas diretrizes, a regulação dos prestadores não tem um modelo único para o país. Cada CIB poderá definir o modelo que mais bem se adapte à realidade do estado e municípios envolvidos.

A regulação assistencial não é prerrogativa de uma esfera de governo, exclusivamente. Porém, vale destacar, nessa premissa, o papel fundamental das Secretarias Estaduais na garantia do acesso do cidadão, notadamente nas referências intermunicipais.

Considerando a necessidade de se avançar no processo de regulação dos prestadores, foram estabelecidas metas para este Pacto, que devem ser alcançadas no prazo de um ano:

- 1 – contratualização de todos os prestadores de serviços;
- 2 – colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;
- 3 – extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

III. RESPONSABILIDADES DO GESTOR ESTADUAL NA REGULAÇÃO, NO CONTROLE, NA AVALIAÇÃO E NA AUDITORIA

Estas são as responsabilidades atribuídas ao gestor estadual no Termo de Compromisso de Gestão Estadual:

- 1 – elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- 2 – monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- 3 – monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;
- 4 – monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação de fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde;
- 5 – apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- 6 – manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;



7 – elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e as diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação destes;

8 – controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

9 – operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;

10 – coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

11 – estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

12 – participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;

13 – operar os complexos reguladores no que diz respeito à referência intermunicipal, conforme pactuação;

14 – monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;

15 – cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;

16 – monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

17 – elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

18 – credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;

19 – fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;

20 – monitorar o cumprimento, pelos municípios, da programação físico-financeira definida na Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde;

21 – fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;

22 – estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução

por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

23 – monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

24 – monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;

25 – implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

26 – monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;

27 – supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

28 – elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

29 – avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde;

30 – implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial; e

31 – realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

IV. REGULAÇÃO EM SAÚDE

O termo regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas.

A NOAS/SUS 01-2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação do acesso dos usuários a serviços de saúde – uma concepção restrita de regulação que induz a iniciativa de controle do acesso, de adequação à oferta. Assim, como a NOAS/SUS 01-2002 vinculou o processo e as ações de regulação às formas de gestão estabelecidas.

Como conclusão de várias discussões feitas com os gestores estaduais, há o reconhecimento que a regulação é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelo gestor estadual. O CONASS entende que há necessidade de aprofundar esta discussão, no sentido de se estabelecer alguns consensos, para contribuir com o fortalecimento da gestão estadual e incentivar a incorporação de atividades e ações de Regulação, na garantia do direito à saúde, da universalidade e da integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade.

Alguns conceitos:

Regular, também segundo o Aurélio (1999), tem como significados: sujeitar às regras, dirigir, regrear, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para,



regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, entre outros.

“A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população” (MENDES, 2005).

V. IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

A Política Nacional de Regulação do SUS propõe os seguintes eixos a serem operacionalizados pelos gestores, em consonância com o estabelecido nas diretrizes – Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial – do Pacto de Gestão.

I – Implantação e implementação de complexos reguladores: uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e na integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, o controle assistencial e a avaliação, assim como com outras funções da gestão, como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macroregional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

II – Implantação de Sistemas Informatizados de Regulação: utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções das Centrais de Regulação, que possuem os seguintes objetivos:

- distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
- distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
- acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as Unidades e os municípios;
- permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
- identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
- subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso; e
- permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

As funcionalidades gerais de um Sistema de Regulação abrangem:

- permitir o controle de acesso dos usuários do sistema informatizado;
- configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante e/ou solicitante) e à oferta e complexidade desta;
- configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o controle financeiro;
- configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro;
- permitir a hierarquização entre as Centrais de Regulação;
- interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH);
- gerar arquivos para bases de dados nacionais; e
- gerar relatórios operacionais e gerenciais.

III – Instituição de diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS: é uma das metas do Pacto de Gestão, no prazo de um ano, é a contratualização de todos os prestadores de serviço do SUS.

IV – Capacitação e educação permanente das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo, para a operacionalização das ações de regulação: O Ministério da Saúde, por meio do Drac e do Denasus, realiza, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais, o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, cujo objetivo principal é a transformação das práticas nessas áreas, incorporando saberes e adequando-os às atuais necessidades da gestão do SUS, e propõe-se à multiplicação em larga escala em todo o território nacional.

O Ministério da Saúde está propondo a efetivação desta política por meio de duas portarias. A primeira minuta de portaria do GM institui a Política Nacional de Regulação que será efetivada mediante a ação de complexos reguladores e estabelece os eixos que orientaram essa política.

A segunda minuta de portaria da SAS/MS estabelece o valor de incentivo financeiro, de acordo com o anexo I da portaria, destinado à implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, que será repassado às Secretarias de Saúde.

Cada Estado deverá elaborar um projeto definindo o número de complexos reguladores que serão implantados ou implementados, as regiões de saúde a serem contempladas, e definir as responsabilidades pela gestão dos complexos (Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde ou ambas).

Estes projetos devem ser pactuados nas CIBs e encaminhados ao Ministério da Saúde para homologação.

Os recursos financeiros serão liberados mediante transferência fundo a fundo na forma de um incentivo, para o gestor do complexo regulador (Estado ou município).

Os valores definidos por Unidade Federada para a implantação dos complexos reguladores foram calculados com a seguinte base:

Investimento

1. Infra-estrutura para implantação de complexos reguladores até o limite de três por Estado

Regiões com população até 250 mil hab.	R\$ 50.000,00
Regiões com população de 250.001 a 500.000 hab.	R\$ 100.000,00
Regiões com população acima de 500.000 hab.	R\$ 150.000,00

2. Equipamentos e mobiliários - R\$ 38.490,00 (o valor por UF varia conforme o número de reguladores, videofonistas, estações de trabalho e computadores).

3. Telefonia - R\$ 4.000,00 por ponto de telefonia (o valor por UF varia conforme o número de videofonistas).

4. Servidor - valor fixo por UF de R\$ 55.000,00.

5. Capacitação - valor fixo por UF de R\$ 13.400,00.

VI. Referências

MENDES, E. V. **A regulação estatal dos sistemas de serviços de saúde.** Trabalho apresentado ao Seminário sobre Regulação do CONASS. Brasília, 10 de agosto de 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulação no Setor Saúde** - buscando seus fundamentos públicos. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Minuta da Portaria GM/MS**, Institui a Política Nacional de Regulação, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. CIT, abril, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Minuta da Portaria SAS/MS**, Estabelece incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, CIT, abril, 2006.

ANEXO I

Valores a serem transferidos às UF para a implantação e/ou implementação dos complexos reguladores

UF	População	Recursos Financeiros
AC	664.285	537.744
AL	3.025.073	947.527
AM	3.262.993	868.734
AP	600.158	487.744
BA	13.850.882	1.809.794
CE	8.128.868	1.509.507
DF	2.333.108	518.949
ES	3.423.110	1.089.923
GO	5.649.143	1.301.616
MA	6.124.741	1.113.022
MG	19.301.237	3.057.140
MS	2.273.305	753.239
MT	2.817.441	924.428
PA	7.007.470	1.163.022
PB	3.603.092	1.020.626
PE	8.437.063	1.486.408
PI	3.014.639	1.020.626
PR	10.294.954	1.855.992
RJ	15.430.426	2.595.160
RN	3.013.812	1.043.725
RO	1.541.931	657.041
RR	394.488	437.744
RS	10.876.236	2.179.378
SC	5.890.747	1.320.913
SE	1.976.479	878.230
SP	40.604.417	5.482.535
TO	1.312.772	607.041
Total	184.852.870	36.667.808

Fonte de Referência (população): <http://www.ibge.gov.br>, População estimada para 2005.

Valores expressos em Reais (R\$), exceto a coluna "População".



Política Nacional de Atenção Básica





I. INTRODUÇÃO

O Pacto pela Vida 2006 definiu como uma de suas prioridades o **Fortalecimento da Atenção Primária/Básica** que tem como objetivos nacionais:

- Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.
- Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção primária por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e nos médios municípios.
- Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.
- Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.
- Garantir o financiamento da atenção primária como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- Aprimorar a inserção dos profissionais da atenção primária nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e a fixação dos profissionais.
- Implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção primária nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
- Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da atenção primária que considere os princípios da estratégia de saúde da família, respeitando as especificidades loco-regionais.
- Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

Esses objetivos deverão ser a referência para o estabelecimento dos pactos e das metas estaduais dentro da nova lógica que estabelece que “não há que se impor metas nacionais a estados, nem metas estaduais a regiões ou municípios. Pacto é negociação equilibrada entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra”.

O **Pacto de Gestão** contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90 e estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Considerando os princípios e as diretrizes propostas pelo Pacto pela Saúde foi pactuada e aprovada a Polí-

tica Nacional de Atenção Básica, a partir da revisão das diretrizes e das normas para a organização da atenção básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) - PT GM/MS nº 648/2006.

II. Diretrizes para a Gestão do SUS na Atenção Primária/Básica

A Política Nacional de Atenção Básica traz princípios, fundamentos e áreas de atuação da atenção primária, bem como as responsabilidades e as competências de cada esfera de gestão; a infra-estrutura e as especificidades da estratégia de saúde da família e as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Princípios: a atenção básica caracteriza-se por 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A atenção básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Fundamentos:

I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos:



integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

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

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

VI – estimular a participação popular e o controle social.

Áreas estratégicas para atuação:

- eliminação da hanseníase;
- controle da tuberculose;
- controle da hipertensão arterial;
- controle do diabetes mellitus;
- eliminação da desnutrição infantil;
- saúde da criança;
- saúde da mulher;
- saúde do idoso;
- saúde bucal;
- promoção da saúde; e
- outras áreas definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de atenção básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

III. Principais mudanças com a Política Nacional de Atenção Básica

Na gestão:

- reúne em um único documento toda a regulamentação da atenção básica em vigor e revoga 27 portarias;
- define a saúde da família como estratégia de organização da AB, indicando o caráter substitutivo desta em relação à AB;
- altera do parâmetro de pessoas por ESF: até 4 mil – média recomendada 3 mil;
- integra a Saúde Bucal e as Equipes de Saúde da Família ao definir que ambas terão responsabilidade pela mesma população e território;

- define como responsabilidade do gestor municipal assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde;

- permite o cumprimento de 32 horas aos profissionais da ESF para atividades de residência multiprofissional e/ou em medicina da família/comunitária;

- define a educação permanente como responsabilidade conjunta das SES e SMS, com recursos das três esferas;

- define irregularidades e fluxos para suas adequações e suspensão de recursos.

No financiamento: instituição do Bloco da Atenção Básica com definição do Teto Financeiro deste bloco e diminuição das rubricas de transferência. O Bloco da Atenção Básica será constituído por dois componentes: Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo e Piso da Atenção Básica (PAB) Variável.

O PAB Fixo se refere ao custeio de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

Atenção:

- nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao valor *per capita* proposto, será mantido o maior valor;

- os projetos similares ao PSF e os Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da Funasa são incorporados ao PAB Fixo e podem ser aplicados no custeio destas unidades;

- atualização da base populacional IBGE 2005 – PT GM/MS nº 650/2002 (competência abril de 06);

- os valores do PAB Fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da atenção básica. Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

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

a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;

b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;

c) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária.

II – cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%.



Excepcionalmente, o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

O Piso da Atenção Básica (PAB) Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, tais como:

- I – Saúde da Família;
- II – Agentes Comunitários de Saúde;
- III – Saúde Bucal;
- IV – Compensação de Especificidades Regionais;
- V – Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI – Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII – Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; e
- VIII – Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Atenção:

Equipe Saúde da Família (ESF)

- fim do financiamento por faixa de cobertura;
- redefinição do número máximo de ESF/município: População/2400;
- alteração no Incentivo de Implantação das ESF: R\$ 20.000,00 em duas parcelas para investimento e realização do Curso Introdutório; e
- instituição de duas modalidades de incentivo para ESF:

I – ESF Modalidade 1:

Todas as ESF implantadas em municípios:

- a) com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal; ou
- b) com população de até 30 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7, nos demais Estados do país; ou
- c) que já fazem jus ao recebimento de acréscimo de 50% no valor dos incentivos referentes ao total de ESF e ESB que implantar; e

As ESF implantadas em municípios não-incluídos no estabelecido na alínea I e que atendam à população remanescente de quilombos e/ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município: valor do incentivo – R\$ 8.100,00.

II – ESF Modalidade 2:

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

Valor do incentivo – R\$ 5.400,00.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

- redefinição do número máximo de ACS: população IBGE/ 400 (para municípios dos Estados da região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: População IBGE da área urbana/400 + população da área rural IBGE/280); e
- alteração no valor do Incentivo Financeiro para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS): R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por ACS a cada mês, a partir da competência financeira de abril de 2006, e repasse no último trimestre de cada ano de uma parcela extra, calculada com base no número de Agentes Comunitários de Saúde registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica.

Equipe de Saúde Bucal (ESB)

- Alteração no valor do incentivo de implantação: R\$ 7.000,00 (sete mil reais) transferidos em parcela única no mês subsequente ao de implantação, como recurso para investimento nas Unidades Básicas de Saúde e realização do Curso Introdutório.
- Alteração no valor do incentivo de custeio:
 - Modalidade 1 (1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário): R\$ 1.700,00 (um mil e setecentos reais) a cada mês, por equipe;
 - Modalidade 2 (no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental): R\$ 2.200,00 (dois mil e duzentos reais) a cada mês, por equipe.

Compensação de Especificidades Regionais

- Incremento de recursos correspondente a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado, aplicados conforme critérios que atendam a especificidades regionais. A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada Estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

Os recursos do PAB Variável transferidos atualmente para custeio das ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a compor o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

Recursos para Estruturação das ESF e ESB:

- Transferência, em parcela única, no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por curso de graduação, aos municípios que aderiram ao Prosaúde e recebem



alunos de enfermagem, medicina e/ou odontologia nas Unidades Básicas de Saúde municipais das equipes de Saúde da Família.

- Transferência para estruturação de Unidades Básicas de Saúde municipais das equipes Saúde da Família, aos municípios que recebem nessas unidades, médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade, cadastrados na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), parcela única de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) por aluno residente.

Portarias:

Portaria GM/MS nº 648/06 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS): Traz os Princípios; Responsabilidades e Competências; Infraestrutura; Especificidades da estratégia SF e Atribuições dos profissionais das ESF, ESB e ACS.

Portaria GM/MS nº 649/06 - Define valores de financiamento para o ano de 2006, com estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica.

Portaria GM/MS nº 650/06 - Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

Portaria GM/MS nº 822/06 - Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.





Financiamento do SUS





APRESENTAÇÃO

Para vencer o desafio da efetivação do Pacto pela Saúde 2006, o CONASS entende que é imprescindível sua divulgação no menor prazo de tempo possível, entre as três esferas de gestão e de maneira uniforme.

Visando contribuir para o processo de discussão, estamos dando seqüência à uma série de Notas Técnicas (NT) **Para Entender o Pacto pela Saúde 2006**. Esta traz análise e comentários sobre a Portaria GM nº 698, de 30 de março de 2006, que definiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento, bem como considerações sobre as Portarias GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que definiu as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, e GM nº 699, de 3 de abril de 2006, que regulamentou as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

I. INTRODUÇÃO

Em julho de 2003, foi realizado em Sergipe, o 1º Seminário do CONASS para Construção de Consensos, cujo tema central foi "Preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais quanto à organização, gestão e financiamento do SUS".

Era compreensão dos gestores estaduais que o processo de financiamento do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do nosso país e que a construção de uma nova política de alocação de recursos federais visando à redução das desigualdades macrorregionais e interestaduais deveria contribuir para a garantia dos princípios constitucionais do SUS.

Entre as prioridades relativas ao financiamento do SUS discutidas e consideradas prioritárias para os Secretários, citadas na síntese das conclusões do Seminário que está expressa na "Carta de Sergipe" em três tópicos são:

Financiamento do SUS

- Manifestação ao Congresso Nacional sobre a necessidade da imediata regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 por meio de lei complementar.
- Reafirmação dos Secretários de Estado da Saúde do seu compromisso histórico de lutar pelo cumprimento da EC-29.
- Divulgação de um manifesto do CONASS pela manutenção da vinculação das receitas para a saúde e pela regulamentação da EC-29.
- Demonstração com transparência dos gastos estaduais, municipais e federal em saúde.
- Incremento da participação dos Estados no financiamento do SUS.
- A alocação dos recursos do Tesouro do Estado, na

saúde, é prerrogativa do governo estadual.

- Assim, as políticas e as prioridades devem ser definidas pela SES, em sintonia com as políticas nacionais de saúde, e submetidas ao Conselho Estadual de Saúde.

Redução das desigualdades regionais na definição dos limites financeiros da assistência

- Construção de uma nova política de alocação de recursos federais visando à redução das desigualdades macrorregionais e interestaduais.
- Revisão urgente dos limites financeiros federais da Assistência de Média e Alta Complexidade, contemplando as reais necessidades de cada Unidade da Federação e observando o disposto no orçamento do Ministério da Saúde (Lei Orçamentária nº 10.640/2003) que prevê alocação de recursos com o objetivo de reduzir desigualdades regionais.

Revisão das tabelas de procedimentos

- Revisão dos valores das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SIA e SIH), de fim de corrigir a enorme defasagem entre os custos reais e os valores remunerados pelo SUS.
- Realização de estudos para a utilização de novos mecanismos de pagamento de procedimentos.

A nova diretoria eleita em 2006, tendo a clareza de que é fundamental que as Secretarias Estaduais de Saúde sejam fortalecidas para desempenhar as suas funções, entende que todos os esforços devem estar concentrados na imediata regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 e nas ações voltadas ao enfrentamento do subfinanciamento crônico que ameaça a universalidade e a integralidade do sistema.

II. PACTO PELA SAÚDE 2006

O Pacto pela Saúde 2006, assinado pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo Conasems, representou o compromisso político dos gestores com os princípios constitucionais do SUS e expressou-se nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

II.1. Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde



que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

Assim, a instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios; de outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. Desse modo, o Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados.

II.2. Pacto em Defesa do SUS

Compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos.

Os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

- implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:
- alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;
- garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.
- aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

II.3. Pacto de Gestão

Contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080/1990. Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Avança na regionalização e na descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados, e para os municípios, acompanhada da desburocratização dos processos normativos.

Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os Entes Federativos.

Os objetivos do Pacto de Gestão são:

- Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.
- Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho; e Educação na Saúde.

III. DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS FINANCIAMENTO DO SUS – O QUE MUDA COM O PACTO

São princípios gerais do financiamento para o SUS:

- responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do SUS;
- redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos;
- repasse fundo a fundo definido como modalidade preferencial na transferência de recursos entre os gestores; e
- financiamento de custeio com recursos federais organizados e transferidos em blocos de recursos.

Financiamento para custeio

O Pacto pela Saúde 2006 está alterando a forma de financiamento do SUS ao eliminar mais de 100 modalidades de transferências de recursos e reduzi-las a apenas cinco blocos. Essa é a principal mudança no financiamento, relativo ao custeio das ações e serviços de saúde: a alocação dos recursos federais em cinco blocos.

As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para Estados, municípios e Distrito Federal serão compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

Dessa forma, Estados e municípios terão maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e as prioridades estabelecidas nos planos de saúde.

Financiamento para investimentos

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas a superação das desigualdades de



acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

IV. PORTARIA GM nº 698, de 30/3/2006

A Portaria GM nº 698, de 30 de março de 2006, define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

Os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Os blocos de financiamento para o custeio são:

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

Os recursos federais para custeio de ações e serviços de saúde serão transferidos a Estados, Distrito Federal e municípios, de forma automática fundo a fundo, observando os atos normativos específicos referentes a cada bloco.

Os recursos federais de custeio provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos.

As bases de cálculo que formam cada bloco e componente, bem como os montantes financeiros transferidos a Estados, Distrito Federal e municípios, deverão estar expressas em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

Os recursos de cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao Bloco.

Os recursos oriundos da prestação de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar resultantes da produção das unidades públicas não se aplicam ao previsto no *caput* deste artigo.

No Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, os recursos devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente que compõe o bloco.

I - DO BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA

O Bloco da Atenção Básica será constituído por dois componentes:

- I.1 - Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo;
- I.2 - Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

O Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo se refere ao custeio de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao PAB fixo, podem ser aplicados no custeio destas unidades.

O Piso da Atenção Básica Variável (PAB) Variável, é constituído por recursos financeiros destinado ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III - Saúde Bucal;
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; e
- VI - Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; e
- VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Os recursos do PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes do respectivo plano de saúde.

Os recursos do PAB Variável transferidos atualmente para custeio das ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a compor o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

O Ministério da Saúde está propondo o incremento de recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais, correspondente a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e informados ao plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais, e regulamentados por ato normativo específico.



II - DO BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

II.1 - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC);

II.2 - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, é destinado ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde.

O financiamento dos incentivos permanentes do Componente MAC inclui aqueles atualmente designados aos:

I - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

II - Laboratório de Prótese Dentária;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu);

IV - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;

V - Hospitais de Pequeno Porte;

VI - Incentivo de Integração do SUS (Integrasus);

VII - Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps);

VIII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (Iapi); e

IX - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e não financiados por procedimento.

Os recursos federais serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde de Estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, publicada em ato normativo específico.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) trata de recursos destinados ao custeio dos seguintes procedimentos:

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC);

II - transplantes;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo predefinido; e

IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, que serão custeados pelo Faec por um período de seis meses com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC).

Os recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do Faec e não contemplados anteriormente, serão incorporados ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar de Estados, Distrito Federal e municípios, conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite.

III - DO BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde será constituído por dois componentes:

III.1 - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde;

III.2 - Componente da Vigilância Sanitária em Saúde.

As responsabilidades de cada uma das esferas de governo estão estabelecidas na legislação vigente, devendo as adequações e as atualizações serem pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.

O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde que inclui os seguintes incentivos: Hospitais do Sub Sistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Registro de Câncer de Base Populacional, Atividade de Promoção à Saúde, Laboratórios de Saúde Pública e outros que vierem a ser implantados por meio de ato normativo específico.

No componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais com repasses específicos, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e municípios (Vigisus II);

II - campanhas de vacinação; e

III - incentivo do Programa DST/Aids;

Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde de Estados, Distrito Federal e Municípios – Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

Os recursos de que trata o Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde deverão contemplar ações de rotina e poderão ser acrescidos de valores específicos para a execução de ações contingenciais, conforme pactuação na CIT.

O Componente da Vigilância Sanitária em Saúde será constituído do Termo de Ajuste e Metas (TAM) e do Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária (PAB Visa).



IV - DO BLOCO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes:

IV.1- Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

IV.2 - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

IV.3 - Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional; e

IV.4 - Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

O Componente Básico é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

A Parte Financeira Fixa do Componente Básico consiste em um valor *per capita* destinado à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica em atenção básica, transferido ao Distrito Federal, a Estados e/ou municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e normatização da política de assistência farmacêutica vigente.

A Parte Financeira Variável do Componente Básico consiste em valores *per capita* destinados à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

Os recursos da Parte Variável do Componente Básico poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados a Estados, municípios e Distrito Federal, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nestes Programas.

Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, retificando a Portaria GM nº 399, de 22/2/2006.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - Controle de endemias, tais como: Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - Anti-retrovirais do Programa DST/Aids;

III - Sangue e Hemoderivados; e

IV - Imunobiológicos.

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional destina-se ao financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais.

O Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional será reformulado no prazo de 60 dias mediante pactuação entre as três esferas de gestão do SUS, observadas as seguintes diretrizes:

I - definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;

II - definição de percentual de co-financiamento entre as esferas de gestão federal e estadual;

III - revisão periódica de valores da tabela de procedimentos; e

IV - forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

O Ministério da Saúde transferirá mensalmente às Secretarias Estaduais os valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, com base nas emissões de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac).

O Componente de Organização da Assistência Farmacêutica é constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à assistência farmacêutica.

V - DO BLOCO DE GESTÃO DO SUS

O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS destina-se ao fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde para o custeio de ações específicas relacionadas à organização e à ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Os recursos federais que integram o Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS serão constituídos dos seguintes componentes:

I - Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;

II - Planejamento e Orçamento;

III - Programação;

IV - Regionalização;

V - Gestão do Trabalho;

VI - Educação em Saúde;

VII - incentivo à Participação do Controle Social;

VIII - estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e



IX - incentivo à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas;

A transferência de recursos de que trata este bloco será regulamentada por ato normativo específico.

O Ministério da Saúde publicará portarias específicas regulamentando a operacionalização de cada Bloco de Financiamento constituído.

O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para garantia das transferências conforme o disposto na Portaria GM nº 698/2006.

Até o momento, somente o Bloco de Financiamento da Atenção Básica foi regulamentado.

V - PORTARIA GM nº 699, DE 30/3/2006

A portaria GM Nº 699, de 30 de março de 2006 regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como, a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

O Termo de Compromisso de Gestão (municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal) é o documento de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão e tem os seguintes Anexos:

I - Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, quando couber – Anexo V;

II - A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal – Anexo VI;

III - O Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do DF – Anexo VII; e

IV - Relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve conter as metas e um plano operativo do acordo e as unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização dessas metas pactuadas no plano operativo e não por produção. A transferência de recursos, objeto desse Termo deverá ser feita conforme pactuação.

O Termo do Limite Financeiro Global do Município,

do Estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes àquela unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco.

No Termo do Limite Financeiro Global do Município, no que se refere ao Bloco da Média e Alta Complexidade, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada.

Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do DF serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

O Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual. Caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso.

Estabeleceram-se normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:

I - A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definida de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI);

II - A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhada ao MS para publicação; e

III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.



Apenas os Estados, o Distrito Federal e os municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste Pacto, tais como recursos para a gestão e regulação e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas. O Ministério da Saúde poderá propor à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) outros incentivos para os estados, distrito federal e municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão.



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ENDEREÇO E TELEFONE

Esplanada dos Ministérios (EMI), Bloco G, sala 148 B

Ministério da Saúde – Ed. Anexo

70.058-900 – Brasília - DF

Tel: (61) 3315-2206

Fax: (61) 3315-2894

E-MAILS

conass@conass.org.br

www.conass.org.br

