

S É R I E
PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 1

DIRETRIZES OPERACIONAIS

Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão

Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006.

© 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 coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 2.ª edição – 2006 – 5.000 exemplares

O conteúdo desta publicação é resultado de um trabalho envolvendo técnicos e direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, Conass e Conasems.

Distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva

Departamento de Apoio à Descentralização/Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, sala 350

CEP: 70058-900, Brasília, DF

Tel: (61) 3315-2649 / 3315-3442, Fax: (61) 3315-2290

E-mail: dad@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

Normalização

Maria Resende

Revisão Ortográfica

Vânia Lucas

Isabel Senra

Capa, projeto gráfico e diagramação

Gilberto Tomé

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.
Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.

Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde,
Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à
Gestão Descentralizada. – Brasília:

76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0960-5

1. Diretrizes para o planejamento em saúde. 2. Serviços de saúde. 3. SUS (BR). I. Título. II. Série.

NLM WA 525

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2006/0257

Títulos para indexação:

Em inglês: Operational directives for the pacts by the life, in defense of the SUS and management

Em espanhol: Líneas operacionales para los pactos por la vida, en defensa del SUS y de de gestión

Apresentação

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes.

É o resultado de um intenso trabalho de discussão de cerca de dois anos, envolvendo os técnicos e a direção das diversas áreas do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 26 de janeiro de 2006, e na reunião de 9 de fevereiro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde.

Esta publicação é o primeiro volume de uma série que detalhará diferentes dimensões do Pacto, ajudando a qualificar o seu processo de implementação que considere as diferentes realidades loco-regionais. Assim, a partir de agora, a implantação do Pacto dependerá da adesão dos muitos atores que, em cada parte deste nosso imenso e diverso País, constroem o cotidiano da Saúde Pública Brasileira.

Ministério da Saúde

Sumário

07 Introdução

09 I. Pacto pela Vida

- 09 A) Saúde do Idoso.
- 11 B) Controle do câncer do colo do útero e da mama.
- 11 C) Redução da mortalidade infantil e materna.
- 12 D) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue; hanseníase; tuberculose; malária e *influenza*.
- 13 E) Promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável.
- 13 F) Fortalecimento da Atenção Básica.

15 II. Pacto em Defesa do SUS

- 15 A) Diretrizes
- 15 B) Iniciativas
- 15 C) Ações

17 III. Pacto de Gestão

- 17 A) Diretrizes para a gestão do SUS
 - 17 1. Descentralização;
 - 18 2. Regionalização;
 - 24 3. Financiamento;
 - 31 4. Planejamento
 - 34 5. Programação Pactuada e Integrada
 - 35 6. Regulação
 - 37 7. Participação e Controle Social

38	8. Gestão do Trabalho
40	9. Educação na Saúde
41	B) Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS
41	1. Responsabilidades Gerais;
49	2. Regionalização;
51	3. Planejamento e Programação;
55	4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
62	5. Participação e Controle Social;
65	6. Gestão do Trabalho;
67	7. Educação na Saúde.

71 IV. Implantação e monitoramento dos Pactos pela Vida e de Gestão

71	A) Processo de implantação.
72	B) Processo de monitoramento.

73 V. Direção e articulação do SUS

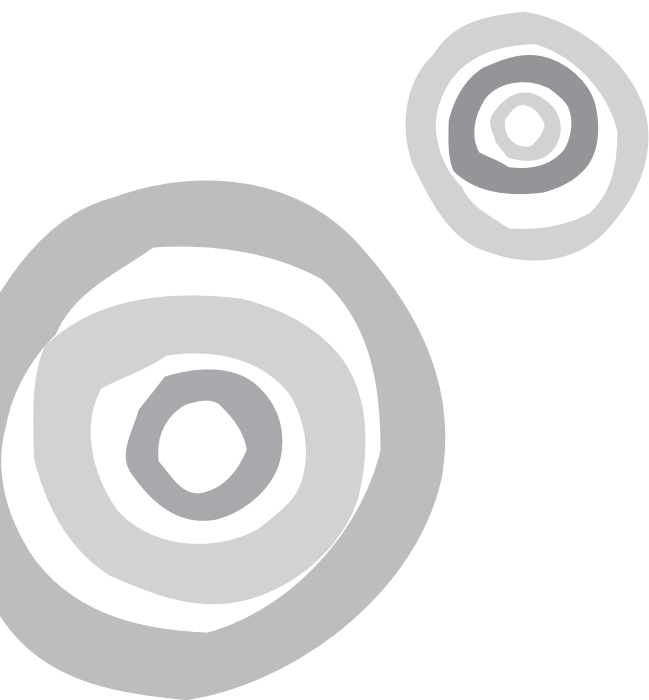
Introdução

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 à frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio 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 à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, 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 por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

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

São seis as prioridades pactuadas:

- A. Saúde do Idoso;
- B. Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- C. Redução da mortalidade infantil e materna;
- D. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- E. Promoção da Saúde;
- F. Fortalecimento da Atenção Básica.

A. Saúde do Idoso

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

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

- a. Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- c. Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção;
- d. A implantação de serviços de atenção domiciliar;

- e. O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- f. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- g. Fortalecimento da participação social;
- h. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- i. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- j. Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- k. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2. Ações estratégicas:

- a. 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.
- b. Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa - para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- c. 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 à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.
- d. Acolhimento - reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.
- e. Assistência Farmacêutica - desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

- f. 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.
- g. 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 do Colo do Útero e da Mama:

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

- a. Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo, em 2006.
- b. Incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência, técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometido (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 da mama:

- a. Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.
- b. Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

C. Redução da mortalidade infantil e materna

1. Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil

- a. Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.
- b. Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.

- c. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.
- d. Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

2. Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

- a. Reduzir em 5% a razão da mortalidade materna, em 2006.
- b. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.
- c. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.

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

1. Objetivos e metas para o controle da dengue:

- a. Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;
- b. Reduzir para menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006.

2. Meta para a eliminação da hanseníase:

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

3. Metas para o controle da tuberculose:

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

4. Meta para o controle da malária

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

5. Objetivo para o controle da Influenza

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

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

1. Objetivos:

- a. Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
- b. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- c. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- d. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
- e. Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006.

F. Fortalecimento da Atenção Básica

1. Objetivos

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

- b. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- c. Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios;
- d. Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos;
- e. Garantir a 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 estes serviços;
- f. Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- g. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- h. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada;
- i. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.



II. Pacto em Defesa do SUS

A. Diretrizes

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

1. Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;
2. Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

B. Iniciativas

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

1. Repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;
2. Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;
3. Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

C. Ações do Pacto em Defesa do SUS:

1. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;
2. Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;

3. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;
4. Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;
5. Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03;
6. 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 Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

A. Diretrizes para a Gestão do SUS

1. Premissas da Descentralização

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

- a. 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;
- b. Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite;
- c. 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;
- d. As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso;
- e. A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite;
- f. 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 à 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 e Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, este 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. O referido plano 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:

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

- b. 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;
- c. Garantir a integralidade na atenção à 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;
- d. 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;
- e. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

2.2. Regiões de Saúde

- a. 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;
- b. 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;
- c. A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;
- d. Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessária a pactuação, entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares;

- e. O conjunto de responsabilidades não compartilhadas refere-se à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas em cada município;
- f. As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhadas e integradas a fim de garantir a resolutividade e a integralidade do acesso;
- g. Os estados e a União devem apoiar os municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades;
- h. 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;
- i. 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;
- j. O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;
- k. Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião;
- l. O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.
- m. As regiões podem ter os seguintes formatos:
 - I. Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;
 - II. Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
 - III. Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;

- IV. Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.
- n. Nos casos de regiões fronteiriças, o Ministério da Saúde deve envia-
divar esforços no sentido de promover articulação entre os países
e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do siste-
ma de saúde e conseqüente organização da atenção nos municí-
pios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição des-
sas Regiões e participando do Colegiado de Gestão Regional.

2.3. Mecanismos de Gestão Regional

- a. Para qualificar o processo de Regionalização, buscando a garan-
tia 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 funciona-
mento do Colegiado devem ser acordados na CIB;
- b. O Colegiado de Gestão Regional constitui-se num espaço de
decisão através da identificação, definição de prioridades e de
pactuação de soluções para a organização de uma rede regional
de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive;
- c. O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde
do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es)
estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pres-
supondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de
gestores com os compromissos pactuados.
- d. Nos casos onde as CIB regionais estão constituídas por represen-
tação, e não for possível a imediata incorporação de todos os
municípios da Região de Saúde, deve ser pactuado um crono-
grama de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão
de todos os municípios nos respectivos colegiados regionais.
- e. O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional,
que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as
bases para a programação pactuada integrada da atenção à saú-
de, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualifi-
cação do controle social, as linhas de investimento e o apoio
para o processo de planejamento local.

- f. O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado;
- g. Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados através de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes.

2.4. Etapas do processo de construção da Regionalização

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

- a. Contigüidade entre os municípios;
- b. Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;
- c. Existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;
- d. Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;
- e. Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:
 - I. Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;
 - II. O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.
 - III. A suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.
 - IV. O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.
 - V. O desenho garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais,

se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.

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

- a. A constituição do Colegiado de Gestão Regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da(s) representação(ões) estadual(is).
- b. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos Colegiados de Gestão Regional;
- c. Constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do estado;
- d. Estabelecer uma agenda regular de reuniões;
- e. O funcionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:
 - I. Instituir um processo dinâmico de planejamento regional
 - II. Atualizar e acompanhar a programação pactuada e integrada da atenção à saúde
 - III. Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos
 - IV. Priorizar linhas de investimento
 - V. Estimular estratégias de qualificação do controle social
 - VI. Apoiar o processo de planejamento local
 - VII. Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional

2.4.3. Reconhecimento das Regiões

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

- b. As Regiões Intraestaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS.
- c. As Regiões Interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.
- d. As Regiões Fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.
- e. O desenho das Regiões intra e interestaduais deve ser submetido à aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde.

3. Financiamento do Sistema Único de Saúde

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

- a. Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;
- b. Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;
- c. Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;
- d. Financiamento do custeio com recursos federais será constituído, organizado e transferido em blocos de recursos;
- e. O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;
- f. As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os municípios, Distrito Federal e estados devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

3.2. Os blocos de financiamento para o custeio são:

- a. Atenção Básica
- b. Atenção da 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 compõem 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 da Atenção Básica – PAB – consiste em um montante de recursos financeiros, que agrega 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 à saúde.

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

- I. Saúde da Família;
- II. Agentes Comunitários de Saúde;
- III. Saúde Bucal;
- IV. Compensação de Especificidades Regionais
- V. Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas
- VI. 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 destinam 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 (Índice de Desenvolvimento Humano) e indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

b) Bloco de financiamento para a Atenção da 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 dos municípios, do Distrito Federal e dos estados.

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 município, Distrito Federal e estado, conforme pactuação entre os gestores.

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

- I. Procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade;
- II. Transplantes;
- III. Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;
- IV. Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até à 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 compõem o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos estados 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 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 da Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos municípios, Distrito Federal e estados, bem como o Limite Financeiro respectivo será estabelecido em Portaria específica e detalhará os diferentes componentes que o formam, com memórias de cálculo anexas.

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

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

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

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

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

d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica

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

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

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

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

- I. Parte Fixa: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica para a atenção básica, transferido a municípios, Distrito Federal e estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos municípios e dos estados.
- II. Parte Variável: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- II. Definição de percentual para o co-financiamento entre gestor estadual e gestor federal;
- III. Revisão periódica de valores da tabela;
- IV. Forma de aquisição e execução financeira, considerando-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 componentes:

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

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

3.3. Financiamento para Investimentos

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

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 ao 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:

- I. Estímulo à Regionalização - deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias estaduais e nacionais, considerando os PDI (Plano Diretor de Investimento) 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.
- II. 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 do SUS

4.1. O trabalho com o Planejamento do SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.

- d. No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento levar-se-á 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.

4.2. Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

- a. 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;
- b. 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;
- c. Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento do SUS;
- d. Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- e. Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
- f. 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;
- g. 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;
- h. Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS;

- i. Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;
- j. 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;
- k. Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

4.3. 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:

- a. Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- b. Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- c. Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- d. 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;
- e. Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento do SUS.

5. Programação Pactuada e Integrada da Atenção à 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 a 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.

5.1. As principais diretrizes norteadoras do processo de Programação Pactuada são:

- a. A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;
- b. Os gestores municipais e estaduais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados estadual e nacionalmente.
- c. A programação é realizada prioritariamente por áreas de atuação, a partir das ações básicas de saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade;
- d. A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;
- e. A programação da assistência devera buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;
- f. Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.
- g. O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;
- h. A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações no fluxo de atendimento ao usuário; na oferta de serviços; na tabela de procedimentos e no teto financeiro, dentre outras.
- i. A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde.
- j. A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

6. Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

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

- a. Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.
- b. Contratação - conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até à formalização do contrato na sua forma jurídica.
- c. Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.
- d. Complexo Regulador - estratégia da Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial, avaliação, programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.
- e. Auditoria Assistencial ou Clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

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

- a. Cada prestador responde apenas a um gestor;
- b. A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede de assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e considerando:
 - I. A descentralização, municipalização e comando único;
 - II. A busca da escala adequada e da qualidade;
 - III. A complexidade da rede de serviços locais;
 - IV. A efetiva capacidade de regulação;
 - V. O desenho da rede estadual da assistência;
 - VI. A primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- c. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes;
- d. A operação dos complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - I. Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
 - II. Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.
 - III. Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região.
- e. Modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

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

- a. Contratualização de todos os prestadores de serviços;
- b. Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;
- c. Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

7. Participação e Controle Social

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

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

- a. Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- b. Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- c. Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- d. Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- e. Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- f. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto;

8. Gestão do Trabalho

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

- a. A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;
- b. Municípios, Estados e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores da saúde;
- c. O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS;

- d. Desenvolver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite da política de reposição da força de trabalho descentralizada;
- e. As diretrizes para Planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS - PCCS/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 SUS;
- f. Promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;
- g. Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da 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;
 - l. Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação do SUS atuarão, solidariamente, na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento;
- h. Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão municipais e estaduais do SUS;
- i. As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem enviar 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;

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

- a. Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - este componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídi-

co-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional; estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este componente, estados, capitais, Distrito Federal e municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde;

- b. Capacitação para a Gestão do Trabalho no SUS - este 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 de estruturas formadoras existentes;
- c. Sistema Gerencial de Informações - este 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 da Educação na Saúde são:

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

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

B. Responsabilidade Sanitária

Este capítulo define as responsabilidades sanitárias e atribuições dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do gestor federal. 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 municípios e estados ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS

1.1. Municípios

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

Todo município deve:

- a. Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento das urgências;
- b. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- c. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- d. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- e. Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união;
- f. Com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território e fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

- g. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- h. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- i. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, bem como o acesso à atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- j. Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada, a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- k. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- l. Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;
- m. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- n. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- o. Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilân-

cia epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

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

1.2. Estados

- a. Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- b. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- c. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- d. Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;
- e. Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;
- f. Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- g. Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;
- h. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- i. Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;
- j. Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- k. Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;

- l. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- m. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- n. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- o. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;
- p. Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;
- q. Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
- r. 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;
- s. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
- t. Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- u. Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviços.

1.3. Distrito Federal

- a. Responder, solidariamente com a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;

- b. Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento das urgências;
- c. 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;
- d. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- e. Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;
- f. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- g. Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela União;
- h. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- i. Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;
- j. Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- k. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- l. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;
- m. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, bem como o acesso à atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabili-

dade, 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;

- n. 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;
- o. 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;
- p. 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;
- q. Garantir o acesso aos serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- r. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
- s. 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;
- t. 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;
- u. Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- v. Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviços.

1.4. União

- a. Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- b. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- c. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- d. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso;
- e. 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;
- f. 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;
- g. 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;
- h. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;
- i. 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;
- j. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- k. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

- l. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;
- m. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- n. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;
- o. Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;
- p. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;
- q. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;
- r. Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- s. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

2. Responsabilidades na Regionalização

2.1. Municípios

Todo município deve:

- a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- b. Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

- c. Participar dos Colegiados de Gestão Regional,, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIBs regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos Colegiados de Gestão Regional.
- d. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde, no planejamento regional, no Plano Diretor de Regionalização e no Plano Diretor de Investimento;

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

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

2.2. Estados

- a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- b. Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;
- c. Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização;
- d. Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- e. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- f. Participar dos Colegiados de Gestão Regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;

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

2.3. Distrito Federal

- a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- b. Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o Plano Diretor de Regionalização;
- c. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- d. Participar dos Colegiados de Gestão Regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;
- e. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde do Distrito Federal, no planejamento regional, no Plano Diretor de Regionalização e no Plano Diretor de Investimento;
- f. Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

2.4. União

- a. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- b. Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;
- c. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões

- mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;
- d. Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
 - e. Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus Colegiados de Gestão Regional.

3. Responsabilidades no Planejamento e Programação

3.1. Municípios

Todo município deve:

- a. 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 Municipal de Saúde;
- b. Formular, no Plano Municipal de Saúde, a política municipal de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- c. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- d. 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;

- e. Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;
- f. 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;

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

- g. Gerir os Sistemas de Informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

3.2. Estados

- a. 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;
- b. Formular, no Plano Estadual de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a política estadual de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- c. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- d. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;
- e. Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos Sistemas de Informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

- f. 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 sistemas de responsabilidade municipal.

3.3. Distrito Federal

- a. 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 do Distrito Federal, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;
- b. Formular, no Plano Estadual de Saúde do Distrito Federal, a política estadual de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- c. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- d. Operar os Sistemas de Informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;
- e. 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;

- f. Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;
- g. Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o Plano Estadual de Saúde do Distrito Federal, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde.

3.4. União

- a. 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;
- b. Formular, no Plano Nacional de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- c. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
- d. 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;
- e. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito nacional;
- f. Gerenciar, manter e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantem a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e a preparação para a realização de pagamentos;

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

4. Responsabilidades na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

4.1. Municípios

Todo município deve:

- a. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- b. Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços;
- c. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;
- d. Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
- e. Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;
- f. Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;
- g. Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

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

- h. Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a pro-

- dução dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- i. Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais.
 - j. Executar o controle do acesso do seu munícipe aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;
 - k. Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
 - l. Elaborar contratos com os prestadores de serviços de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
 - m. Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
 - n. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
 - o. Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;
 - p. Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análises de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
 - q. Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
 - r. Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;
 - s. Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

4.2. Estados

- a. Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- b. Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- c. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;
- d. Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do Pacto de Gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- e. Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços;
- f. Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;
- g. Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;
- h. Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
- i. Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;
- j. Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- k. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

- l. Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;
- m. Operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;
- n. Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;
- o. Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
- p. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- q. Elaborar contratos com os prestadores de serviços de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- r. Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;
- s. Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
- t. Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeiras definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- u. Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
- v. 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;
- w. Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

- x. Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;
- y. Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- z. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;
- aa. Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- bb. Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;
- cc. Avaliar e auditar os Sistemas Municipais de Saúde;
- dd. 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;
- ee. Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

4.3. Distrito Federal

- a. Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- b. Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- c. Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços;
- d. Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
- e. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;
- f. Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;

- g. 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;
- h. Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;
- i. Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;
- j. Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- k. 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;
- l. 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;
- m. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- n. 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 à saúde;
- o. Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;
- p. Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;
- q. Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;
- r. Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análises de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- s. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

- t. Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- u. Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;
- v. Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

4.4. União

- a. 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 de serviços vinculados ao SUS;
- b. 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;
- c. 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;
- d. Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;
- e. Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
- f. Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;
- g. Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;
- h. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;
- i. Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;

- j. Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;
- k. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
- l. Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;
- m. Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;
- n. 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;
- o. Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- p. 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;
- q. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- r. Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;
- s. Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;
- t. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

5. Responsabilidades na Participação e Controle Social

5.1. Municípios

Todo município deve:

- a. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- b. 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;

- c. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;
- d. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- e. Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- f. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- g. 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

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

5.2. Estados

- a. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- b. 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;
- c. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
- d. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- e. Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- f. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- g. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- h. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

5.3. Distrito Federal

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

- b. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho de Saúde do Distrito Federal, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- c. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
- d. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- e. Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- f. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- g. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- h. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais

5.4. União

- a. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- b. 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;
- c. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;
- d. Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- e. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- f. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- g. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;
- h. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

6. Responsabilidades na Gestão do Trabalho

6.1. Municípios

Todo município deve:

- a. Promover e desenvolver políticas de Gestão do Trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- b. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da 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

- c. Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
- d. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
- e. 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;
- f. Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

6.2. Estados

- a. Promover e desenvolver políticas de Gestão do Trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- b. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

- c. Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;
- d. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da 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;
- e. 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;
- f. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores da saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

6.3. Distrito Federal

- a. Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;
- b. Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;
- c. 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;
- d. 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;
- e. 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.

6.4. União

- a. 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;
- b. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;
- c. 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;
- d. 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;
- e. Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;
- f. 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.

7. Responsabilidades da Educação na Saúde

7.1. Municípios

Todo município deve:

- a. Formular e promover a gestão da Educação Permanente na 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;

- b. 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;
- c. Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular na saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
- d. 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

- e. 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;
- f. 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;

7.2. Estados

- a. Formular, promover e apoiar a gestão da Educação Permanente na Saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;
- b. 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;
- c. Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
- d. Articular a vinculação dos municípios às referências para o processo de formação e desenvolvimento;
- e. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- f. 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;

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

7.3. Distrito Federal

- a. Formular e promover a gestão da Educação Permanente na 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;
- b. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;
- c. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- d. 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;
- e. 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;
- f. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;
- g. 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;
- h. Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular na saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
- i. Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

7.4. União

- a. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente na saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;
- b. 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;
- c. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- d. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;
- e. 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.



IV – Implantação e monitoramento dos Pactos pela Vida e de Gestão

A. Processo de implantação

1. Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

- a. 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.
- b. Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão.
- c. O Termo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normatização específica, contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão, referidos no item I deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, constantes do item III e os indicadores de monitoramento.
- d. Fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/– 96 e na NOAS SUS 2002.
- e. O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em Portaria específica.
- f. Os Termos de Compromisso de Gestão devem ser aprovados nos respectivos Conselhos.
- g. Nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação;
- h. Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, objetivos e indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.

- i. Os 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, continuarão gozando das mesmas prerrogativas e responsabilidades até à assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.

B. Processo de monitoramento

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

- a. 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;
- b. Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;
- c. Estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados, nas situações onde o município, Distrito Federal e estado não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão;
- d. Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.
- e. A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

V – 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 e 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.

Esta publicação foi editorada com
as fontes Frutiger 45 e Frutiger 95.
A capa e o miolo foram impressos
no papel Reciclato, em outubro de 2006.