

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada

# **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF  
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 responsabilidade pelos direitos autorais de textos desta obra é da área técnica.

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

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

Série Pactos pela Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2006 – 20.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

Secretaria-Executiva

Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, sala 746

CEP: 70058-900, Brasília – DF,

Tels.: (61) 3315-3803 / 3315-2428

Fax: (61) 3315-2290

E-mail: [sangue@saude.gov.br](mailto:sangue@saude.gov.br)

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

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

72 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

---

Catalogação 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

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

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

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe Editorial:*

Normalização: Maria Resende

Revisão: Lillian Assunção e Vânia Lucas

Capa, projeto gráfico e diagramação: Denis Ferreira

# Sumário



<b>1</b>	<b>Introdução</b>	5
<b>2</b>	<b>Diretrizes Operacionais</b>	7
2.1	Do Pacto Pela Vida	7
2.1.1	Saúde do Idoso	7
2.1.2	Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama	9
2.1.3	Redução da Mortalidade Infantil e Materna	9
2.1.4	Fortalecimento da Capacidade de Respostas às Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza	10
2.1.5	Promoção da Saúde, com Ênfase em Atividade Física Regular e Alimentação Saudável	11
2.1.6	Fortalecimento da Atenção Básica	11
2.2	Do Pacto em Defesa do Sus	12
2.2.1	Diretrizes	12
2.2.2	Ações do Pacto em Defesa do SUS	13
2.3	Do Pacto de Gestão do Sus	13
2.3.1	Responsabilidade Sanitária das Instâncias Gestoras do SUS	13
2.3.1.1	Responsabilidades gerais da gestão do SUS – federal, estadual e municipal	14
2.3.1.2	Responsabilidades na regionalização	22
2.3.1.4	Responsabilidades no planejamento e programação	24

2.3.1.4	Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria.....	28
2.3.1.5	Responsabilidades na gestão do trabalho e educação na saúde .....	36
2.3.1.6	Responsabilidades na participação social .....	41
2.3.2	Diretrizes para a Gestão do SUS.....	43
2.3.2.1	Descentralização .....	43
2.3.2.2	Regionalização .....	44
2.3.2.3	Financiamento do Sistema Único de Saúde....	50
2.3.2.4	Planejamento no SUS.....	57
2.3.2.5	Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI.....	59
2.3.2.6	Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial.....	60
2.3.2.7	Diretrizes para a participação e controle social.....	62
2.3.2.8	Gestão do trabalho e educação na saúde .....	63
<b>3</b>	<b>Do Processo de Implementação e Monitoramento dos Pactos pela Vida e de Gestão .....</b>	<b>67</b>
3.1	Do Processo de Implementação .....	67
3.2	Do Processo de Monitoramento .....	68
<b>4</b>	<b>Da Direção e Articulação do SUS.....</b>	<b>69</b>

# 1 Introdução

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, sua implantação e sua 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 buscam 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.

Diante desta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias 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 implementação desse pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS – possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma

de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam a 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.

# 2 Diretrizes Operacionais

## 2.1 Do 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/região/município 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 de colo de útero e de mama.
- c) Redução da mortalidade infantil e materna.
- d) Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *influenza*.
- e) Promoção da Saúde.
- f) Fortalecimento da Atenção Básica.

### 2.1.1 Saúde do Idoso

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

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.
- a) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
- c) Implantação de serviços de atenção domiciliar.
- d) Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco.
- a) Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
- e) Fortalecimento da participação social.
- a) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
- b) Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.
- c) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
- f) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

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 e Saúde para a Pessoa Idosa – Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- c) Programa de Educação Permanente à Distância – Implementação de programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

- 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 a 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.

### **2.1.2 Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama**

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

- a) Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.
- b) Incentivo da 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.

Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Mama:

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

### **2.1.3 Redução da Mortalidade Infantil e Materna**

Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil:

- a) Reduzir em 5% a mortalidade neonatal, em 2006.

- b) Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.
- c) Apoio à 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.

Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna:

- a) Reduzir em 5% a razão de 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 as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

#### **2.1.4 Fortalecimento da Capacidade de Respostas às Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza**

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

Objetivos e metas para a eliminação da hanseníase:

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

Objetivos e metas para o controle da tuberculose:

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

Objetivos e metas para o controle da Malária:

- b) Reduzir em 15% a incidência parasitária anual, na região da Amazônia Legal, em 2006.

Objetivos e metas para o controle da *Influenza*:

- a) Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação – Sivep-Gripe, em 2006.

### **2.1.5 Promoção da Saúde, com Ênfase em Atividade Física Regular e Alimentação Saudável**

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 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) Os Estados e Municípios deverão elaborar e pactuar especificidades próprias para a Política Nacional de Promoção da Saúde, devendo iniciar sua implementação em 2006.

### **2.1.6 Fortalecimento da Atenção Básica**

Objetivos:

- a) Assumir a Estratégia de Saúde da Família como 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 esses 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.

## **2.2 DO PACTO EM DEFESA DO SUS**

### **2.2.1 Diretrizes**

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

- a) Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde e que se encontram pactuados e inscritos na Constituição.
- b) Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem a qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar por meio de iniciativas que busquem:

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

- b) Promoção da Cidadania, como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito.
- c) Financiamento, como a garantia de recursos de acordo com as necessidades do sistema.

### **2.2.2 Ações do Pacto em Defesa do SUS**

As ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar:

- a) Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
- b) Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.
- c) Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial com os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.
- d) Elaboração e publicação da Declaração dos Direitos e Deveres do Exercício da Cidadania no SUS.
- e) Regulamentação da PEC n.º 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL n.º 01/03, já aprovado e aprimorado, em três comissões da Câmara dos Deputados.
- d) Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas nas ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição.

## **2.3 Do Pacto de Gestão do SUS**

Define as responsabilidades sanitárias do gestor municipal, do gestor estadual e do gestor federal do SUS e estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

### **2.3.1 Responsabilidade Sanitária das Instâncias Gestoras do SUS**

Define as responsabilidades sanitárias e atribuições do Município, do Distrito Federal, do Estado e da União. A gestão do Sistema Único de

Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo pelos compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

No tocante às responsabilidades atribuídas aos municípios, a expressão “Todo município deve” indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município e o Distrito Federal. Para os itens que não iniciam com a expressão acima, a responsabilidade será atribuída 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, todas são referentes a todos os estados.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço, fica mantida a normatização atual, conforme detalhamento no regulamento destas diretrizes. As referências às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão.

### **2.3.1.1 Responsabilidades gerais da gestão do SUS – federal, estadual e municipal**

#### MUNICÍPIOS:

1. Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União.
2. Todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e de trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências.
3. Todo município deve promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

4. Todo município deve participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.
5. Todo município deve assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território.
6. Todo município deve 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.
7. Todo município deve, com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos.
8. Todo município deve desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.
9. Todo município deve formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação.
10. Todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a 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.
11. Todo município deve organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
12. Todo município deve pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos

no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.

13. Todo município que dispõe de serviços de referência intermunicipal, deve garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
14. Todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes.
15. Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
16. Todo município deve desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.
17. Todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
18. Todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

#### ESTADOS:

1. Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população.
2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.
3. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação.
4. Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso.

5. Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.
6. Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos.
7. 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.
8. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.
9. Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região.
10. Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
11. Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual.
12. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica.
13. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
14. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.

15. 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.
16. Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica.
17. Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios.
18. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
19. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.
20. Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública.
21. Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

#### DISTRITO FEDERAL:

1. Responder, solidariamente com a União, pela integralidade da atenção à saúde da população.
2. Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências.
3. Promover a equidade na atenção à saúde considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais.

4. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.
5. Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão.
6. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território.
7. Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela união.
8. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes.
9. Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território.
10. Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos.
11. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.
12. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação.
13. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a 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.
14. Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde.

15. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
16. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a União, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
17. Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
18. Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.
19. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.
20. 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.
21. 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.
22. Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública.
23. Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

#### UNIÃO:

1. Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população.
2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.
3. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação.

4. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso.
5. Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde.
6. Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica.
7. Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica.
8. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS.
9. Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios.
10. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.
11. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
12. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica.
13. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
14. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios.

15. Proceder à investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário.
16. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde.
17. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades.
18. Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.
19. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

### **2.3.1.2 Responsabilidades na regionalização**

#### MUNICÍPIOS:

1. Todo município deve contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.
2. Todo município deve participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.
3. Todo município deve participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regional.
4. Todo município deve participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano

diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

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

#### ESTADOS:

1. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.
2. Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB.
3. Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização.
4. Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.
5. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional.
6. Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras.
7. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

#### DISTRITO FEDERAL:

1. Contribuir para a constituição e o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.
2. Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização.
3. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional.

4. Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida.
5. Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Estadual de Saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.
6. Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

#### UNIÃO:

1. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.
2. Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT.
3. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis e promovendo a equidade inter-regional e interestadual.
4. Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.
5. Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regional.

#### **2.3.1.4 Responsabilidades no planejamento e programação**

##### MUNICÍPIOS:

1. Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o

plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente.

2. Todo município deve formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.
3. Todo município deve elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente.
4. Todo município deve operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: 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 (SAI) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES), e, quando couber, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), além de outros sistemas que venham a ser introduzidos.
5. Todo município deve assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local.
6. Todo município deve elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.
7. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

#### ESTADOS:

1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constitui-

ção de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

2. Formular, no Plano Estadual de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.
3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.
4. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual.
5. Apoiar, acompanhar, consolidar e operar, quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde.
6. Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

#### DISTRITO FEDERAL:

1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o Plano Estadual de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal.
2. Formular, no Plano Estadual de Saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.
3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

4. Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.
5. 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 (SAI) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES); Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), além de outros sistemas que venham a ser introduzidos.
6. Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território.
7. Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o Plano Estadual de Saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

#### UNIÃO:

1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o Plano Nacional de Saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.
2. Formular, no Plano Nacional de Saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.
3. Elaborar relatório de gestão anual a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

4. Formular e pactuar no âmbito da 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).
5. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e o Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional.
6. Gerenciar, manter e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e a autorização de procedimentos, o processamento da produção e a preparação para a realização de pagamentos.
7. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

#### **2.3.1.4 Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria**

##### MUNICÍPIOS:

1. Todo município deve monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios.
2. Todo município deve realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
3. Todo município deve monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
4. Todo município deve manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde.
5. Todo município deve adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais.

6. Todo município deve adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais.
7. Todo município deve controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber.
8. 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.
9. 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.
10. Executar o controle do acesso do seu munícipe aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, o que pode ser feito por meio das centrais de regulação.
11. Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas.
12. Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
13. Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas.
14. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial.
15. Monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços.
16. Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados, indicadores e verificação de padrões de conformidade.

17. Implementar a auditoria sobre toda a produção dos 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.
18. Realizar auditoria assistencial da produção dos serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.
19. Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

#### ESTADOS:

1. Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território.
2. Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios.
3. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais.
4. Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
5. Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
6. Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade.
7. Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos.
8. Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou à autorização prévia, quando couber.

9. Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais.
10. Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas.
11. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais.
12. Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais.
13. Operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação.
14. Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação.
15. Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS.
16. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas.
17. Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção.
18. Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização, e coordenar este processo em relação aos municípios.
19. Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores.
20. Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde.
21. Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados.

22. Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços.
23. Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.
24. Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas.
25. Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores, e verificação de padrões de conformidade.
26. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual.
27. Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública.
28. Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde.
29. Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde.
30. Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.
31. Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

#### DISTRITO FEDERAL:

1. Elaborar as normas técnicas complementares a da esfera federal, para o seu território.
2. Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios.

3. Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
4. Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde.
5. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
6. Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais.
7. 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 à autorização prévia.
8. Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais.
9. Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida.
10. Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes, e pactuações estabelecidas.
11. 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.
12. 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.
13. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas.

14. 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.
15. Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização.
16. Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde.
17. Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas.
18. Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores, e verificação de padrões de conformidade.
19. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial.
20. Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública.
21. Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde.
22. Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

#### UNIÃO:

1. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS.
2. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.
3. Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição

dos serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde.

4. Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS.
5. Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde.
6. Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde.
7. Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde.
8. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada.
9. Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços.
10. Estruturar a Política Nacional de Regulação da Atenção à Saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente.
11. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores.
12. Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores.
13. Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas.
14. Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos.
15. Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal.
16. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo

a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.

17. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública.
18. Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais.
19. Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde.
20. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

### **2.3.1.5 Responsabilidades na gestão do trabalho e educação na saúde**

#### MUNICÍPIOS:

1. Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientado pela integralidade da atenção à saúde e criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento.
2. Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde.
3. Todo município deve participar e contribuir com a organização e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, da sua loco-região.
4. Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.
5. Todo município deve incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
6. Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.

7. Todo município deve adotar **vínculos regulares** para a inserção de trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de regularização de vínculos, onde for necessário.
8. 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.
9. 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.
10. Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores.
11. Desenvolver estudos com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados.
12. Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local.
13. Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

#### ESTADOS:

1. Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, no âmbito estadual.
2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
3. Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.
4. Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento.

5. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde.
6. Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção.
7. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.
8. Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.
9. Desenvolver estudos e propor estratégias com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados.
10. Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional.
11. Adotar vínculos regulares para a inserção de trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de regularização de vínculos, onde for necessário e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção.
12. Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual.
13. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

#### DISTRITO FEDERAL:

1. Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação

e de execução da política de formação e desenvolvimento e participando no seu financiamento.

2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente.
3. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde.
4. Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS.
5. Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção.
6. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal.
7. Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.
8. Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.
9. Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
10. Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada.
11. Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional.
12. 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.

13. 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.
14. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

#### UNIÃO:

1. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas.
2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS.
3. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde.
4. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde.
5. Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.
6. 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.
7. Desenvolver estudos e propor estratégias com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados.
8. 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.

9. Adotar vínculos regulares para a inserção de trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão, promovendo ações de regularização de vínculos, onde for necessário.
10. Apoiar técnica e financeiramente gestores estaduais e municipais na promoção de vínculos regulares de inserção de trabalhadores nas suas esferas de gestão.
11. Formular, propor, pactuar e implementar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde (PCCS/SUS).
12. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e 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.

### **2.3.1.6 Responsabilidades na participação social**

#### **MUNICÍPIOS:**

1. Todo município deve apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
2. Todo município deve prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente.
3. Todo município deve organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde.
4. Todo município deve estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional.
5. Todo município deve promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.
6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.
7. Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

## ESTADOS:

1. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente.
3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde.
4. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional.
5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.
6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.
7. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

## DISTRITO FEDERAL:

1. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente.
3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde.
4. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional.
5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.
6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.
7. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

UNIÃO:

1. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.
2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente.
3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde.
4. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral.
5. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS.
6. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e das instâncias de controle social da saúde.
7. Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

### **2.3.2 Diretrizes para a Gestão do SUS**

#### **2.3.2.1 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 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.

### **2.3.2.2 Regionalização**

- a) A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão.
- b) A regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Dos objetivos da regionalização:

- a) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos 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 na 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 deman-

das 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.

Das regiões de saúde:

- a) As regiões de saúde são recortes territoriais, inseridas em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estadual(ais) 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 necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares.
- e) O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município.
- f) As ações complementares e os meios necessários para supri-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso.
- g) Os estados e a União devem apoiar os municípios para que estes assumam o conjunto de suas responsabilidades.
- h) O corte no nível assistencial, para delimitação de uma região de saúde, deve estabelecer critérios que propicie um certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.
- i) No caso de a suficiência ainda não ser estabelecida, poderá ser considerada a estratégia para o seu estabelecimento, explicitada no pla-

nejamento regional, junto com a definição dos investimentos, quando necessário.

- j) O planejamento 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) Os desenhos das regiões podem ter as seguintes formas:
  - Regiões intra-estaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado.
  - Regiões intra-municipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional.
  - Regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados.
  - Regiões fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.
- n) Nos casos de regiões fronteiriças o Ministério da Saúde deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas regiões e participando do colegiado de gestão regional.

Dos mecanismos de gestão regional:

- a) Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-

gestão solidária e cooperativa por meio de um colegiado de gestão regional. A denominação e o funcionamento do colegiado devem ser acordados na CIB.

- b) O colegiado de gestão regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.
- c) O colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representante(s) do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e o comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.
- d) Nos casos onde as CIB regionais estão constituídas por representação e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da região de saúde deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados regionais.
- e) O colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção a saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.
- 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 estarem 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 os subsidiarão com informações e análises relevantes.

Das etapas do processo de construção da regionalização:

- a) Definição do desenho da região de saúde correspondendo ao desenho de um território adequado aos seguintes critérios:
- contigüidade entre os municípios;
  - respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;
  - existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;
  - existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;
  - considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:
    - 1) Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;
    - 2) O desenho da região deve propiciar relativo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.
    - 3) A suficiência já deve estar estabelecida ou a estratégia para alcançá-la estar explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.
    - 4) O desenho deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.
    - 5) O desenho deve garantir a integralidade da atenção, 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.
    - 6) O Plano Diretor de Regionalização deverá ser a expressão do desenho das regiões de saúde, devendo, também conter os desenhos das macrorregiões.
- b) Da constituição, organização e funcionamento do colegiado de gestão regional

- a constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a região e da representação estadual.
  - nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais;
  - constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e, eventualmente, grupos de trabalho formados por técnicos dos municípios e do estado;
  - estabelecer uma agenda regular de reuniões;
  - o funcionamento do colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:
    - Instituir um processo dinâmico de planejamento regional.
    - Atualizar e acompanhar a programação pactuada e integrada de atenção em saúde.
    - Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos.
    - Priorizar linhas de investimento.
    - Estimular estratégias de qualificação do controle social.
    - Apoiar o processo de planejamento local.
    - Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional.
- c) Do reconhecimento das regiões
- As regiões intra-municipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.
  - As regiões intra-estaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS.

- As regiões interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.
- As regiões fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.
- O desenho das regiões intra e interestaduais deve ser submetida à aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde.

### **2.3.2.3 Financiamento do Sistema Único de Saúde**

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 federal de custeio constituído em blocos de recursos.
  - Os recursos federais para o custeio do Sistema Único de Saúde devem ser organizados e transferidos em blocos de financiamento.
  - O uso dos recursos fica restrito a cada bloco ou sub-bloco, atendendo as especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica.
  - As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os estados, municípios e Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

Os blocos de financiamento para o custeio são

- a) Atenção básica
- b) Atenção de média e alta complexidade

- c) Vigilância em saúde
- d) Assistência farmacêutica
- e) Gestão do SUS

Do 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 sub-blocos: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável, e seus valores serão estabelecidos em portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

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

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

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

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

- a) Saúde da Família
- b) Agentes Comunitários de Saúde
- c) Saúde Bucal
- d) Compensação de especificidades regionais

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. As CIBs definem a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH e indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

Do bloco de financiamento para a atenção de média e alta complexidade:

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde compõem o limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar do Distrito Federal, dos estados e dos municípios.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) serão incorporados ao limite financeiro de cada estado, município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) se destina, assim, ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

- a) Procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC).
- b) Transplantes.
- c) Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;
- d) Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

Do 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 estados, municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária.

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois sub-blocos: o Sub-bloco da Vigilância Epidemiológica em Saúde e o Sub-bloco 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 a garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto da 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 estados, municípios e Distrito Federal, bem como o respectivo limite financeiro, 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, o sub-bloco da Vigilância Epidemiológica com os recursos que se destinam às seguintes finalidades, com repasses específicos:

- a) Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em estados e municípios (Vigisus II);
- b) Campanhas de Vacinação;
- c) Incentivo do Programa DST/aids.

Os recursos alocados e tratados pela Portaria MS/GM n.º 1349/2002, deverão ser incorporados ao Limite Financeiro de Vigilância em Saúde do município quando o mesmo comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo.

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

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

Do 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 organiza-

ção das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

O bloco de financiamento da assistência farmacêutica se organiza em três sub-blocos: sub-bloco básico, sub-bloco estratégico e sub-bloco de medicamentos de dispensação excepcional.

O sub-bloco 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 sub-bloco básico é composto de uma parte fixa e de uma parte variável, sendo:

- a) parte fixa: valor com base *per capita* para ações de assistência farmacêutica para a atenção básica, transferido aos municípios, Distrito Federal e estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios;
- b) 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 sub-bloco 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 sub-bloco 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:

- a) Controle de endemias: tuberculose, hanseníase, malária e leishmaniose, chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional.

- b) Programa de DST/aids (anti-retrovirais).
- c) Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados.
- d) Imunobiológicos.
- e) Insulina.

O sub-bloco 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 sub-bloco de medicamentos de dispensação excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, em acordo às diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

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

- a) Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CIDs na tabela de procedimentos, com base nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
- b) Definição de percentual para o co-financiamento entre gestor federal e gestor estadual.
- c) Revisão periódica de valores da tabela.
- d) Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

Do bloco de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde:

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

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

- a) Regulação, controle, avaliação e auditoria.
- b) Planejamento e orçamento.
- c) Programação.
- d) Regionalização.
- e) Gestão do trabalho.
- f) Educação em saúde.
- g) Incentivo à implementação de políticas específicas.

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

Do financiamento para investimentos:

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

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

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

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

- a) Estímulo à regionalização – Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os Planos de Desenvolvimento Integrado (PDI) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição, a 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.

- b) Investimentos para a atenção básica – recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária e transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com os critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

### **2.3.2.4 Planejamento no SUS**

O trabalho com o planejamento no 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 a avaliação.
- b) Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu próprio planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde loco-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 e ainda 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.

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 no SUS.
- d) Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores.
- 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 do funcionamento do SUS, provendo aos gestores informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento.
- h) Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS.
- i) Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como a participação social nestes processos.
- j) Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, 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 a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Pontos de pactuação priorizados para o planejamento:

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

- 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 instrumentos estratégicos 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 no SUS.

### **2.3.2.5 Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI**

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) é um processo que visa a definir a programação das ações de saúde em cada território e a 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.

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 estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressaltados os parâmetros pactuados em nível nacional e estadual.
- 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 deverá 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 à cada gestão e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; da oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.
- i) A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.
- j) A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

### **2.3.2.6 Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial**

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 de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regu-

lação 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) Por contratação compreende-se o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a 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 à estes.
- d) Complexos reguladores – uma das estratégias de regulação assistencial, que consisti na articulação e integração das Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macrorregional, 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 a aferir e a induzir qualidade no atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

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

- a) Cada prestador responde apenas a um gestor.
- b) A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
  - I. da descentralização, municipalização e comando único;

- II. da busca da escala adequada e da qualidade;
  - III. da consideração da complexidade da rede de serviços locais;
  - IV. da consideração da efetiva capacidade de regulação;
  - V. da consideração do desenho da rede estadual da assistência;
  - VI. da 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 em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.
- d) A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada dos 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.

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

- a) contratualização de todos os prestadores de serviço;
- 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;

### **2.3.2.7 Diretrizes para a participação e controle social**

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

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

- 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 e a garantia do pleno exercício dos seus papéis.
- b) Estimular a participação e a avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde.
- c) Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.
- d) Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.
- e) Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto.

### **2.3.2.8 Gestão do trabalho e educação na saúde**

Gestão do trabalho na saúde:

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 de saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho.
- b) Estados, municípios e União são entes autônomos para suprir as necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de 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 de política de reposição da força de trabalho descentralizada.
- e) As diretrizes para planos de cargos e carreira do SUS devem ser um instrumento que visa a regular as relações de trabalho e o desenvol-

vimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no sistema.

- 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 de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos municípios, pelos estados e pela União.
- h) Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de mesas de negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS.
- i) As secretarias estaduais e municipais de saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde.

Serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da gestão do trabalho no SUS:

- a) Estruturação da gestão do trabalho no SUS – Esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de gestão do trabalho integrada pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este componente os estados, as capitais, o Distrito Federal e os municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam, ou venham a criar, setores de gestão do trabalho e da educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde.
- b) Capacitação de recursos humanos para a gestão do trabalho no SUS – Esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material

didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas formadoras existentes.

- c) Sistema gerencial de informações – Esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de gestão do trabalho.

Educação na saúde:

As diretrizes para o trabalho da gestão 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 permanentes 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 em saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente.
- d) Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da política nacional de educação permanente para os ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação e assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo.
- e) Buscar a revisão da normatização vigente que institui a política nacional de educação permanente em saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da educação permanente para o trabalho no SUS.
- f) Centrar, o planejamento, a programação e o acompanhamento das atividades educativas e as conseqüentes alocações de recursos sob a lógica do fortalecimento e qualificação do SUS no atendimento das necessidades sociais em saúde.

- g) Considerar que a proposição de ações para a formação e o 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.

# 3 Do Processo de Implementação e Monitoramento dos Pactos pela Vida e de Gestão

## 3.1 Do Processo de Implementação

Para a implementação destes pactos ficam acordados os seguintes pontos:

- a) A implementação dos pactos pela vida e de gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas por meio de portarias específicas, pactuadas na CIT.
- b) Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão, federal, estadual, do DF e municipal, como o documento de formalização deste pacto nas suas dimensões pela vida e de gestão.
- c) O termo de compromisso de gestão, a ser regulamentado por normatização específica, conterà as metas e os objetivos do pacto pela vida, referidas no item 1 deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, constantes do item 3.1 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 responsabilidade devem ser aprovados nos respectivos conselhos.
- g) Nos termos de responsabilidade estadual e municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.
- h) Todos os estados, DF e municípios devem assinar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão até seis meses após a publicação destas diretrizes.
- i) Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do termo de compromisso de gestão.

## **3.2 Do Processo de Monitoramento**

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, estado e DF 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.

# 4 Da Direção e Articulação do SUS



A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do Poder Executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/1990.

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

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) ou órgão equivalente. 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 nestas, colegiados regionais de gestão.

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 da CIT serão tomadas sempre por consenso.

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

As deliberações das comissões intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos conselhos de saúde deverão ser submetidas à apreciação do respectivo conselho.



A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada  
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>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

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

Brasília – DF, fevereiro de 2006

OS 0257/2006