



**PARA ENTENDER O PACTO PELA SAÚDE
2006**

Volume I

Portaria GM/MS 399/2006

Portaria GM/MS 699/2006

APRESENTAÇÃO

A efetivação do pacto pela saúde 2006 será sem dúvida um dos nossos maiores desafios.

A aprovação das portarias de regulamentação do pacto pela saúde 2006 é o resultado de um esforço conjunto dos três gestores, no entanto o resultado de todo esse trabalho só será bem sucedido se conseguirmos transformar em prática aquilo que pudemos consensar.

É necessário que em curto prazo possamos divulgar o pacto pela saúde.

É necessário que as secretarias municipais e estaduais de saúde e as comissões intergestores bipartite estejam preparadas para assumirem as responsabilidades previstas.

Para tanto o CONASS irá realizar um Seminário com as equipes das secretarias estaduais de saúde, onde possamos estar abordando questões-chave para a efetivação dos pactos, em especial do pacto pela vida e de gestão.

Entre as questões-chave do pacto de gestão temos: a definição dos papéis e responsabilidades das 3 esferas de gestão; a regionalização com ênfase no PDR/PDI e na definição de redes de atenção á saúde; o financiamento; a PPI; a regulação assistencial e o papel das SES na coordenação das referências intermunicipais; e a gestão dos prestadores de serviços.

Essa Nota Técnica traz a análise e comentários sobre as Portarias GM/MS 399/2006 e 699/2006.

Na seqüência serão elaboradas outras Notas Técnicas para entender o Pacto pela Saúde 2006, com outras portarias resultantes do Pacto, com temas como Política Nacional da Atenção Básica, Formas de repasse de Recursos Financeiros Federais, Regulação

Assistencial, Programação Pactuada e Integrada, Contratação de serviços no SUS, entre outros.

I. INTRODUÇÃO

Desde 2003, resultado das discussões e consensos elaborados a partir do Seminário para construção de Consensos do CONASS e da carta de Sergipe, o CONASS solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS.

Era compreensão dos Gestores Estaduais que **o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e diferenças do nosso país** e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada Estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, Atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental; a reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT, e o fortalecimento do controle social.

Dentre as prioridades discutidas e consideradas prioritárias para os secretários, citamos: compromisso com o SUS e seus princípios; fortalecimento da Atenção Primária; a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial, o fortalecimento do papel dos Estados; a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 e por mais recursos financeiros para a área da saúde.

O processo se iniciou em agosto de 2004, quando foi organizada pelo Ministério da Saúde, uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, com objetivo de dar início ao processo de discussão para a revisão do processo normativo do SUS; e estabelecer as diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para pactuação de questões fundamentais para o processo de Gestão do SUS. Os participantes dessa oficina foram representantes do CONASS, CONASEMS e do Ministério da Saúde.

O trabalho conjunto exigiu o exercício da construção de consensos entre CONASS, CONASEMS e MINISTÉRIO DA SAÚDE. Há pontos de operacionalização que ainda estão sendo discutidos, pois esse processo é dinâmico e necessita de avaliação constante para sua efetiva operacionalização, assim como para aperfeiçoar os mecanismos de planejamento e programação para a gestão do SUS. Os primeiros resultados obtidos constam **da portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006**, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

Na data de **03 de abril de 2006**, foi publicada a portaria GM/MS nº. 699 que **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão** e a portaria GM/MS nº 698 que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento.

Estas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como **a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI)**; e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde.

II. PACTO PELA SAÚDE

A partir das discussões envolvendo o Pacto de Gestão houve a compreensão pelos gestores federal, estaduais e municipais da necessidade de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como da necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS. Então se estabeleceu a organização de um **Pacto pela Saúde**, com capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo. Esse processo de pactuação tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

Nesse sentido foram definidas três dimensões no **PACTO PELA SAÚDE 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão.**

PACTO EM DEFESA DO SUS

Compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos.

Os gestores reconhecem a necessidade de romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do **Pacto em Defesa do SUS** são:

- Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:
 - Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
 - Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;
 - Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.
 - Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.
 - Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

PACTO PELA VIDA

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

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

O Pacto pela Vida – enquanto instrumento do Pacto pela Saúde 2006 - representa uma mudança radical na forma de pactuação do SUS, vigente até agora.

Isso ocorre porque rompe com os pactos realizados em variáveis discretas de tempo, através de normas operacionais. A observação da trajetória do SUS mostra que esse sistema público de saúde vem sendo mudado, de tempos em tempos, através de reformas incrementais que se materializaram em normas operacionais (NOB's e NOAS).

Essas normas fixavam-se, prioritariamente, em processos operacionais, distanciando-se de compromissos com resultados sanitários.

Assim, a instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios; de outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários. **Desse modo, o Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados.**

O Pacto pela Vida será permanente. Ao final do primeiro trimestre de um novo ano serão avaliados os resultados do ano anterior e pactuadas novas metas e objetivos a serem atingidos no ano em curso.

Ao mesmo tempo, deverá haver um processo permanente de monitoramento, de cada ente com relação ao 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.

Para que não se caia, uma vez mais, na formalização de pactos meramente burocráticos, com poucos resultados sanitários, haverá que se operar mudanças nos mecanismos de pactuação, seja no campo cultural, seja no campo operacional.

Há que se mudar a cultura da pactuação: o pacto não termina no momento de sua assinatura, mas ali começa. De outro lado, **os objetivos e metas pactuados devem servir de bússola para que os diferentes entes federados orientem suas decisões estratégicas e focalizem a alocação dos recursos**. Só quando houver convergência entre metas e objetivos pactuados, priorização de ações táticas e alocação de recursos, se estarão fazendo pactos reais.

No campo operativo, as metas e objetivos do Pacto pela Vida devem inscrever-se em instrumentos jurídicos públicos, os **Termos de Compromisso de Gestão**, firmados pela União, estados e municípios. Esses termos têm como objetivo formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes às esferas governamentais na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS.

Nos Termos de Compromisso de Gestão inscrevem-se, como parte substantiva, os objetivos e metas prioritárias do Pacto pela Vida, bem como seus indicadores de monitoramento e avaliação.

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

A definição de objetivos deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. **Os pactos estaduais deverão estar referenciados pelas metas e objetivos nacionais; os pactos regionais e municipais devem estar referenciados pelas metas estaduais.** Essa é uma mudança operacional importante porque não há que se impor metas nacionais a estados, nem metas estaduais a regiões ou municípios. Pacto é negociação equilibrada entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra.

O **Pacto pela Vida 2006** definiu seis prioridades: **Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica/Primária.**

SAÚDE DO IDOSO

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

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

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

- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2 - Ações estratégicas:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.
- Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.
- Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.
- Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.
- Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.
- Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

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

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



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

2 – Metas para o Controle do Câncer de mama:

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

REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

1 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil:

- Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.
- Reduzir em 50% os óbitos por doença diarréica e 20% por pneumonia, em 2006.
- Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes.
- Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

2 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna:

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

FORTELECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALÀRIA E INFLUENZA.

Objetivos e metas para o Controle da Dengue:



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

Meta para a Eliminação da Hanseníase:

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

Metas para o Controle da Tuberculose:

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

Meta para o Controle da Malária:

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

Objetivo para o controle da Influenza:

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

PROMOÇÃO DA SAÚDE

1 - Objetivos:

- Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
- Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;

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

FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1 – Objetivos:

- Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção primária, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.
- Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção primária por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.
- Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.
- Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.
- Garantir o financiamento da Atenção Primária como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Primária nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.
- Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Primária nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
- Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Primária que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.
- Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

PACTO DE GESTÃO

Contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90. Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

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

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

Os objetivos do Pacto de Gestão são:

- Definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.
- Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

III. DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS – O QUE MUDA COM O PACTO

A - DESCENTRALIZAÇÃO

Com a aprovação das diretrizes do pacto de gestão inicia-se um processo de **descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite.**

Desta forma, a proposta é de que gradativamente, respeitadas as diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, **os estados em parceria com os municípios, nas CIBs, definam os modelos organizacionais a serem implantados de acordo com a realidade de cada estado e região do país.** Não será mais necessário o envio de processos de credenciamento de serviços e/ou projetos para implantação de novos serviços ao Ministério da Saúde.

Neste sentido as Secretarias Estaduais em parceria com a representação dos municípios nos estados devem fortalecer esse espaço de negociação e pactuação, por meio de câmaras técnicas e/ou grupos de apoio para dar suporte às decisões da CIB.

As CIBs estaduais e microrregionais passam a desempenhar um papel relevante na análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e regulação do sistema.

B - REGIONALIZAÇÃO.

O Pacto de Gestão reafirma a Regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Atualmente existem inúmeras regiões de saúde constituídas no país, portanto, **há que se considerar os esforços já realizados na elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR nos estados**, a partir da implantação da NOAS/SUS 01/2002. Desta forma, as Secretarias Estaduais, considerando as premissas propostas no pacto de gestão, devem avaliar a constituição das regiões de saúde, dos seus Planos Diretores de Regionalização, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado.

O que se pretende com o processo de regionalização é melhorar o acesso a serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a se desenvolver sistemas eficientes e efetivos. E ao construir uma regionalização eficaz, criar as bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde.

O Pacto não propõe nenhum desenho ou modelo padrão de Região de Saúde. **Cada CIB deverá estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e serviços de saúde, portanto, a definição do conjunto de ações e serviços a serem desempenhadas em cada região deverá estar de acordo com as necessidades de saúde e da capacidade de oferta da região.** No entanto, para que isso ocorra, será necessário que o processo de regionalização se faça sobre territórios sanitários mais que sobre territórios político-administrativos. O que implicará o uso de metodologias que incorporem operacionalmente os conceitos de economia de escala, os fluxos viários e os fluxos assistenciais.

O processo de regionalização envolverá diferentes territórios sanitários: a micro-área de abrangência de um agente comunitário de saúde; a área de abrangência de uma equipe de saúde da família ou de uma Unidade Básica de Saúde; a região de saúde (na prática o mesmo que a microrregião da NOAS) que será o território de auto-suficiência nos procedimentos de média complexidade; e a macrorregião que será o território de auto-suficiência em procedimentos de média complexidade de mais alta densidade tecnológica e dos procedimentos de alta complexidade. Em conseqüência, as escalas das regiões será bem menor que a escala das macrorregiões.

O processo de regionalização, obedecidos os princípios mencionados, deverá ser flexível, especialmente em regiões de baixa densidade demográfica, onde, sempre, o princípio do acesso preponderará frente ao princípio da escala.

O resultado do processo de regionalização, no que concerne às regiões e macrorregiões sanitárias, deverá estar expresso no Plano Diretor de Regionalização (PDR).

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

O processo de regionalização inscreve-se numa perspectiva de mudança cultural: da regionalização espacial para uma regionalização da atenção à saúde. Nesse sentido, o processo de regionalização será utilizado como uma base espacial para a construção de redes de atenção à saúde. Isso é uma exigência da situação epidemiológica brasileira, marcada pela convivência de doenças transmissíveis e doenças crônicas, com predominância relativa dessas últimas. Quando existe uma situação de dupla carga das doenças impõe-se uma resposta social organizada dos sistemas de saúde, expressa nas redes integradas de atenção à saúde.

C - MECANISMOS DE GESTÃO REGIONAL.

Uma das mudanças na gestão propostas no pacto é a **constituição de um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa por meio de um Colegiado de Gestão Regional** (a proposta de Colegiado Regional aproxima-se das Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais, existentes em alguns estados brasileiros). A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB.

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

Nas 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, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais.

D - FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

São princípios gerais do financiamento para o SUS: (a) responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do SUS; (b) redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos; (c) repasse fundo a fundo definido como modalidade preferencial na transferência de recursos entre os gestores; e financiamento de custeio com recursos federais constituídos e transferidos em blocos de recursos.

A principal mudança no Financiamento, relativo ao custeio das ações e serviços de saúde, é a **alocação dos recursos federais em cinco blocos**. As bases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal serão compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. Desta forma, estados e municípios terão maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde.

Os blocos de financiamento para o custeio são:

- Atenção básica/primária.
- Atenção de média e alta complexidade.
- Vigilância em Saúde.
- Assistência Farmacêutica.
- Gestão do SUS.

Os recursos de cada bloco de financiamento devem ser aplicados exclusivamente nas ações e serviços de saúde relacionados ao Bloco. Aos recursos oriundos da prestação de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar resultante da produção das unidades públicas não se aplica essa restrição.

No Bloco de financiamento da assistência farmacêutica, os recursos devem ser aplicados exclusivamente nas ações definidas em cada componente.

BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA

O Bloco da Atenção Básica será constituído por dois componentes: Piso de Atenção Básica – PAB Fixo e Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

O Piso de Atenção Básica – PAB Fixo se refere ao custeio de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao PAB fixo, podem ser aplicados no custeio destas unidades.

O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinado ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, tais como:

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI - Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; e

VIII - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Os recursos do PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes do respectivo plano de saúde. **Os recursos do PAB Variável transferidos atualmente para custeio das ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a compor o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.**

O Ministério da Saúde está propondo o incremento de recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais, correspondente a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e informados ao plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e regulamentadas por ato normativo específico.

BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes: **Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.**

O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC - dos Estados, Distrito Federal e Municípios, é destinado ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde.

O financiamento dos incentivos permanentes do Componente MAC inclui aqueles atualmente designados aos:

- I - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- II - Laboratório de Prótese Dentária;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- IV - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- V - Hospitais de Pequeno Porte;
- VI - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS;
- VII - Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VIII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; e
- IX - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e não financiados por procedimento.

Os recursos federais de que trata este artigo, serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, publicada em ato normativo específico.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC deverá ser reduzido ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

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

Sendo que **os procedimentos atualmente pagos por meio do FAEC serão incorporados, gradativamente,** aos limites financeiros dos estados e municípios, na

medida da elaboração do cálculo dos valores correspondentes, de acordo com parâmetros a serem pactuados na CIT.

BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde será constituído por dois componentes: **Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Componente da Vigilância Sanitária em Saúde.**

O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde se refere aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde que incluem os seguintes incentivos: Hospitais do Sub Sistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Registro de Câncer de Base Populacional, Atividade de Promoção à Saúde, Laboratórios de Saúde Pública e outros que vierem a ser implantados através de ato normativo específico.

No componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais com repasses específicos, destinados às seguintes finalidades:

- I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II);
- II - campanhas de vacinação; e
- III - incentivo do Programa DST/AIDS;

Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios – componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

Os recursos de que trata o componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde deverá contemplar ações de rotina e poderá ser acrescido de valores específicos para a execução de ações contingenciais, conforme pactuação na CIT.

O Componente da Vigilância Sanitária em Saúde será constituído do Termo de Ajuste e Metas – TAM e do Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária – PAB VISA.

BLOCO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes: **Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação em caráter excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.**

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

O Componente Básico é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

A Parte Financeira Fixa do Componente Básico consiste em um valor per capita destinado a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica em atenção básica, transferido ao Distrito Federal, Estados e/ou Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e normatização da política de assistência farmacêutica vigente. A **Parte Financeira Variável** do Componente Básico consiste em valores per capita destinados a aquisição de medicamentos e insumos de assistência

farmacêutica dos **Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.**

Os recursos da Parte Variável do Componente Básico poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados a Estados, Municípios e Distrito Federal, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, mediante a implementação e organização dos serviços previstos nestes Programas.

Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, retificando a Portaria GM nº. 399 de 22/02/2006.

O **Componente Estratégico** da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:

- I - **Controle de endemias**, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- II - **Anti-retrovirais** do programa DST/AIDS;
- III - **Sangue e Hemoderivados**; e
- IV – **Imunobiológicos.**

O **Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional** destina-se ao financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para a aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais.

O **Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional** será reformulado no prazo de 60 dias mediante pactuação entre as três esferas de gestão do SUS, observadas as seguintes diretrizes:

- I - Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;
- II - Definição de percentual de co-financiamento entre as esferas de gestão federal e estadual;
- III - Revisão periódica de valores da tabela de procedimentos; e
- IV - Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

O Ministério da Saúde transferirá mensalmente às Secretarias Estaduais, os valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, com base nas emissões de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC.

O **Componente de Organização da Assistência Farmacêutica** é constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à assistência farmacêutica.

BLOCO DE FINANCIAMENTO PARA A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este será composto por novos recursos federais que serão incorporados aos tetos financeiros de estados e municípios e destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

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

- Regulação, controle, avaliação e auditoria;
- Planejamento e Orçamento;
- Programação;
- Regionalização;
- Participação e Controle Social;
- Gestão do Trabalho;
- Educação em Saúde;

- Incentivo à Implementação de políticas específicas;
- Estruturação de serviços e organização da assistência farmacêutica.

Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por portarias específicas.

FINANCIAMENTO PARA INVESTIMENTOS

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

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

E - PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENÇÃO EM SAÚDE – PPI

O Ministério da Saúde está propondo diretrizes para a elaboração da PPI para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. **A nova proposta de PPI permite uma maior autonomia dos gestores na definição de suas prioridades e nos parâmetros** a serem adotados de acordo com a necessidade, demanda, e disponibilidade de recursos para programação de ações e serviços de saúde no âmbito dos estados.

Permanece na PPI a explicitação dos pactos de referência entre municípios, determinando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

Porém, a proposta ainda é conservadora e **não avança no processo de integração das ações de vigilância à saúde**, será necessário fazer um esforço no sentido de integrar as programações que estão dispersas no Pacto de indicadores da Atenção Básica, na PPI da vigilância à saúde e no Termo de Ajuste e Metas da Vigilância Sanitária.

F - REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Como princípios orientadores do processo de regulação, estabeleceram-se:

- Cada prestador responde apenas a um gestor;
- **A regulação dos prestadores de serviços** deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
 - da descentralização, municipalização e comando único;
 - da busca da escala adequada e da qualidade;
 - considerar a complexidade da rede de serviços locais;
 - considerar a efetiva capacidade de regulação;
 - considerar o desenho da rede estadual da assistência;
 - a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- **A regulação das referências intermunicipais** é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;
- **A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB**, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
 - Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.
 - Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região.

Conforme explicitado pelas diretrizes **a regulação dos prestadores não tem um modelo único para o país**. Cada CIB poderá definir o modelo que melhor se adapte a realidade do estado e municípios envolvidos.

A regulação assistencial não é prerrogativa de uma esfera de governo, exclusivamente.

Porém, vale destacar nessa premissa, o papel fundamental das Secretarias Estaduais na garantia do acesso do cidadão, notadamente nas referências intermunicipais.

Considerando a necessidade de se avançar no processo de regulação dos prestadores foram estabelecidas metas para este Pacto, que devem ser alcançadas no prazo de um ano:

1. **Contratualização de todos os prestadores de serviços;**
2. **Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;**
3. **Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.**

IV) RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS

O pacto de gestão estabeleceu que as ações e serviços de atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios. As demais ações e serviços de saúde serão atribuídos de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

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

Ou seja, estados e municípios são considerados gestores de saúde, o que diferencia o gestor, a partir da publicação do pacto, é a pactuação de responsabilidades definidas nas respectivas CIBs. **A gestão dos prestadores deixa de ser uma prerrogativa do gestor municipal ou estadual, como era no processo anterior, conforme a condição de habilitação.** Assim, pode-se ter situação que o estado fica com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade, se assim for à compreensão dos gestores para determinado estado.

Não há um modelo a ser seguido, tampouco existe alguma prerrogativa para que os estados ou municípios assumam a gestão de parte ou de todos os prestadores em determinada região do estado. **A definição da gestão ficará de acordo com pactuação a ser estabelecida nas CIBs.**

A) RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

Foram definidas responsabilidades gerais da gestão para os três entes federados (municípios, estados e União). Estas responsabilidades dizem respeito a questões como a garantia da integralidade da atenção à saúde; participação no financiamento do Sistema Único de Saúde; reconhecimento das necessidades da população; desenvolver a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação; definição do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir o acesso da população aos medicamentos, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas; coordenar e executar e as ações de vigilância em saúde, elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

A seguir apresentamos as responsabilidades específicas dos estados.

B) RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO



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

C) RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
2. Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
4. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;



5. Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;
6. Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

D) RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

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



10. Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
11. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;
12. Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;
13. Operar os complexos reguladores no que se refere a referencia intermunicipal, conforme pactuação;
14. Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;
15. Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
16. Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
17. Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
18. Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;
19. Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
20. Monitorar o cumprimento, pelos municípios, da programação físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
21. Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
22. Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
23. Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
24. Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;





25. Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
26. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;
27. Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
28. Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;
29. Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde;
30. Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
31. Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

E) RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

1. Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
2. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
3. Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;
4. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;
5. Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;
6. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito



estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

F) RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

1. Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;
2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;
3. Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
4. Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;
5. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
6. Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
7. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

G) RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

1. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
4. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
5. Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

7. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
8. Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

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

A. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

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

O **Termo de Compromisso de Gestão**, Federal, Estadual, do DF e Municipal, é o documento de formalização do Pacto. Estes termos devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

As Secretarias Estaduais podem definir metas regionais e estaduais, conforme pactuação nas CIBs.

Existe a perspectiva que anualmente, no mês de março, devem ser revistas às metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.

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

Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena

do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

B - PROCESSO DE MONITORAMENTO

O processo de monitoramento dos Pactos deve ser um processo permanente, de cada ente, dos estados com relação aos municípios, 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.

VI) REGULAMENTAÇÃO DO PACTO PELA SAÚDE

A partir das diretrizes e responsabilidades sanitárias estabelecidas no PACTO PELA SAÚDE, definiu-se a regulamentação dos pactos pela vida e de gestão, por meio da portaria GM/MS n 699 de 03 de abril de 2006.

PORTARIA GM/MS NÚMERO 699 DE 30 DE MARÇO DE 2006

A Portaria número 699 GM/MS de 30 de março de 2006 regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação e metas.

A referida portaria estabelece:

- As responsabilidades sanitárias e atribuições de cada gestor do SUS (que consta do anexo termo de compromisso de gestão);

- As metas e objetivos do Pacto pela Vida, e define as prioridades dos três gestores para o ano em curso;
- Os indicadores de monitoramento dos pactos pela vida e de gestão;
- As normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do limite financeiro global do município, Estado e Distrito Federal;
- Define os fluxos de aprovação dos termos de compromisso de gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União;
- As regras de transição relativas à habilitação de municípios;
- O prazo para assinatura dos termos de compromisso de gestão;
- O processo de monitoramento do pacto;
- As regras e fluxos para os processos de recursos dos Estados e Municípios.

São anexos da portaria de regulamentação:

- Os termos de compromisso de gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União;
- A declaração de comando único do sistema pelo gestor municipal que explicita a situação de gestão dos prestadores de serviços de acordo com a pactuação na CIB;
- O termo do limite financeiro global do município, estado e Distrito Federal, que informa os recursos federais de custeio, explicitando o valor correspondente aos cinco blocos de financiamento (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS).

Algumas considerações sobre a Portaria GM/MS 699 de 30 de março de 2006.

- Segundo parágrafo 1º do artigo 2º da referida portaria a **unificação total dos processos de pactuação de indicadores** existentes dar-se-á no ano de 2007.

- O **Termo de Cooperação entre Entes Públicos**, terá seu conteúdo pactuado entre Ministério da Saúde, CONASS e Conasems e será objeto de portaria específica.

- O Artigo 4º estabelece que a **declaração de comando único** pelo gestor municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de determinado município. O modelo dessa declaração encontra-se no anexo VI e deve conter a assinatura do coordenador da CIB e do gestor municipal. A referida declaração apresenta as unidades que serão assumidas a partir de um cronograma pelo município e àquelas que permanecerão sobre gestão estadual.

- Cabe aqui registrar algumas questões previstas no artigo 13 que trata das **regras de transição**:
 1. Ficam mantidas as responsabilidades e prerrogativas de estados e municípios, habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 96 e pela NOAS 01/2002 até a assinatura do respectivo Termo de Compromisso de Gestão;
 2. Os processos de habilitação de municípios conforme a NOAS 01/2002 que já tinham sido pactuados até a data de publicação dessa portaria (03 de abril de 2006) poderão ser homologados na CIT;
 3. Segundo a portaria os estados, Distrito Federal e municípios deverão assinar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão até nove meses após a publicação dessa portaria (janeiro de 2007);
 4. Cabe salientar que os estados, o Distrito Federal e os municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste pacto, tais como recursos para a gestão e regulação, e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, **excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas, que permanecem em seu fluxo normal. A Portaria prevê que o Ministério da Saúde poderá propor à CIT outros incentivos para os estados, o Distrito Federal e municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão. Vencido o prazo estabelecido de janeiro de 2007, será feita uma avaliação na CIT sobre**

a situação dos estados e municípios que não assinaram o respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

Uma portaria publicada dentro do contexto do Pacto pela Saúde / Pacto de Gestão é a Portaria GM/MS 698/2006 que trata da forma de transferência de recursos federais, cujas diretrizes já foram objeto da Portaria GM/MS 399/2006.

Essa portaria será objeto de Nota Técnica específica, assim como outras portarias que serão publicadas e que sejam relacionadas ao Pacto pela Saúde, como, por exemplo, aquelas relacionadas à Regulação assistencial e a Programação Pactuada e Integrada – PPI.