

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização

PACTO DE GESTÃO

Garantindo saúde para todos

versão preliminar

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF
2005

© 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.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: versão preliminar – 2005 – 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Departamento de Apoio à Descentralização

Esplanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Sede, 3.º andar, sala 351

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2140

Fax: (61) 3226-9737

E-mail: dad@saude.gov.br

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

Elaboração:

Antônio Alves de Souza – SE

Jorge José Santos Pereira Solla –SAS

Maria Luiza Jaeger – SGTES

Jarbas Barbosa da Silva Júnior – SVS

Crescêncio Antunes da Silveira – SGP

Moisés Goldbaum – SCTIE

Valdi Camário Bezerra – Funasa

Claudio Maierovitch Pessanha Henriques- Anvisa

Coordenação:

André Luís Bonifácio de Carvalho – SE

Lumena Almeida Castro Furtado – SE

Grupo Articulador do Pacto de Gestão:

Lindemberg Medeiros de Araújo – SE

Adriana Nunes de Oliveira – SE

Ana Lucia Pereira – SE

Maria Arindelita Neves de Arruda – SE

José Carlos de Moraes – SAS

Afra Suassuna Fernandes – SAS

Elaine Maria Giannotti – SAS

Maria do Perpetuo Socorro Albuquerque Matos – SAS

Tereza de Jesus Campos Neta – SAS

Silvana Souza da Silva Pereira – SAS

Afonso Teixeira dos Reis – SAS

Gessyanne Vale Paulino – SAS

Antônio Carlos Onofre de Lira – SAS

Odete Carmen Gialdi – SGTES

Fabiano Pimenta – SVS

Samia Nadaf de Melo – SVS

Sônia Maria Feitosa Brito – SVS

José Agenor Alvares da Silva –Anvisa

Danila Augusta Varella Barca – Anvisa

Déio Costa Ramos – Funasa

Maria Ângela Maciel Montefusco – Funasa

Nelson Rodrigues dos Santos – SGP

Adnei Pereira de Moraes – SGP

Elias Antônio Jorge –SCTIE

Alvimar Botega –SCTIE

Carmen Priscila Bocchi-SCTIE

Reneide Muniz da Silva – GM

Marcia Amaral – GM

Ana Paula Soter – GM

Marcus Quito – SE

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides –SE

Edmundo Gallo – SE

Nilo Bretãs Júnior –SE

Jonice M. Ledra Vasconcellos – SE

Luiz Antônio Nolasco de Freitas – SE

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.

Pacto de gestão: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

1. Administração e planejamento em saúde. 2. Saúde pública. 3. Vigilância. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-590

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0632

Títulos para indexação:

Em inglês: Administration Pact. Guaranteeing Health to Everybody

Em espanhol: Pacto de Gestión. Garantizando Salud para Todos

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

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

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

Equipe Editorial:

Normalização: Gabriela Leitão

Revisão: Mara Pamplona

Capa, projeto gráfico e diagramação: Leandro Araújo

Sumário

Apresentação	5
Fundamentos e Bases Conceituais para o Pacto de Gestão	9
Como se Formaliza o Pacto	13
Compromissos Sanitários	14
Eixos Estruturantes do Pacto	16
Regionalização Solidária – Cooperativa	17
Planejamento	24
Programação Pactuada e Integrada	27
Regulação, Controle, Auditoria e Avaliação	34
Financiamento	46
Participação Social e Controle Público.	46
Monitoramento do Pacto de Gestão	48
Anexos.	51

APRESENTAÇÃO

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, observamos que a implantação e implementação da política de saúde evoluíram muito em termos da descentralização e municipalização. É impossível não notar a diversidade de visões e de práticas que caracterizam este movimento. O SUS tornou-se cada vez mais complexo na medida em que aumentou a sua superfície de contato com a realidade social, política e administrativa do País. Novas e velhas demandas vão se somando à trajetória de consecução dos seus objetivos.

Entretanto, persistem algumas dificuldades para a consolidação e qualificação deste processo de descentralização no campo da gestão pública em saúde, que podem ser reportadas a uma série de fatores conjugados, particularmente referida a: escassez crônica de recursos para o setor; ausência de definição sobre responsabilidades sanitárias; persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões, e estados; inadequação dos mecanismos e instrumentos regulatórios existentes; condução normativa excessivamente rígida e burocrática; ordenação institucional compartimentalizada e fragmentada; debilidade e desintegração das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação; desintegração e fragmentação dos sistemas de informação em saúde; financiamento e organização enfocados excessivamente na oferta e na dimensão assistencial dos serviços; indefinição de meios e modos para a gestão de políticas de saúde no âmbito regional, dentre outros.

Em seu percurso o SUS está sempre a exigir permanentes estratégias intergovernamentais de mediação e gestão cooperativa, além de um arranjo organizacional condizente com as distintas realidades e necessidades do País.

Nesse sentido, um desafio está colocado para todos que tomam parte da construção do SUS: manter o foco nos princípios doutrinários e organizativos que o caracterizam, mesmo diante da fragmentação, da burocratização e da heterogeneidade de entendimento e das práticas que hoje o caracterizam, em alguns casos, ameaçando a sua própria identidade. Exatamente por isso, há consenso que é chegada a hora de se aprofundar discussões que levem a um patamar de concertação em que os fundamentos teóricos e metodológicos necessários à continuação da organização do SUS sejam expressados num pacto de gestão que consolide o processo de descentralização na perspectiva da solidariedade e da autonomia dos entes federados. Isto implica em compartilhar responsabilidades quanto aos desafios de inovação numa conjuntura política oportuna, quando se alinham e se conjugam os interesses e esforços de governo para a consolidação do SUS.

Deve-se implementar uma agenda de decisões tripartite que possibilite a efetivação de acordos entre os entes federados para a **transformação de alguns aspectos da institucionalidade vigente** e promova **inovações em alguns processos e instrumentos de gestão**. Tal pactuação deve ter como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

Torna-se imprescindível a definição e explicitação das responsabilidades sanitárias de cada ente federado, de cada sis-

tema e serviço; de modo a se produzir ações integrais de saúde em função das necessidades da população e na busca da equidade social.

Neste cenário, o Pacto de Gestão deverá implicar no compromisso inequívoco com a repolitização do SUS. É necessário romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para os parlamentos, para as universidades, para os sindicatos, para as associações corporativas, para as igrejas, para a mídia, para os movimentos sociais, a fim de que a sociedade organizada participe e se comprometa com as decisões, conjugando esforços para a consolidação do SUS que queremos.

Humberto Costa
Ministro da Saúde

FUNDAMENTOS E BASES CONCEITUAIS PARA O PACTO DE GESTÃO

O Pacto de Gestão deve contemplar os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei n.º 8.080/90 e apontar para a construção de um modelo de atenção à saúde que busque responder aos desafios atuais da gestão e dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira. Desta forma, o objetivo do Pacto é melhorar a qualidade e a eficiência da Gestão do SUS.

O Pacto deverá atingir metas sanitárias consensadas e, para isso, deverá levar a mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da organização do SUS em redes de atenção à saúde, que se articulam em diferentes espaços territoriais, de forma a garantir o acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Essas redes de atenção à saúde, coerentes com os princípios do SUS, deverão ser construídas sob a égide da responsabilidade sanitária, adequar-se à realidade de cada região do País e integrar as ações da promoção da saúde, da atenção básica à saúde, da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, da vigilância em saúde e da gestão do trabalho e educação na saúde.

Para efeito de **alinhamento conceitual** este documento considera as seguintes definições:

Atenção Básica

Reconhece-se que os problemas de saúde da população brasileira não serão enfrentados com sucesso sem um pacto federativo pela melhoria da Atenção Básica à Saúde. Isso exigirá,

das três instâncias federativas, um compromisso efetivo com um choque de qualidade na Atenção Básica no SUS.

Reafirma-se o entendimento da Atenção Básica como estruturante para a organização do SUS. Nesse sentido, não é um programa focalizado, destinado a populações mais pobres e sim se constitui num "conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável". (Conceito pactuado pela Comissão instituída pela Portaria MS/GM n.º 676, de 3 de junho de 2003, composta por representantes do MS, do Conass e do Conasems).

A Atenção Básica deve ainda se basear na abordagem familiar, o que torna indispensável considerar a família, em suas diversas conformações, como o sujeito da atenção, o que exige uma integração da equipe de saúde com essa unidade social e o reconhecimento integral de seus problemas de saúde. É também

fundamental considerar as necessidades populacionais em seu contexto físico, econômico, social e cultural, o que exige uma análise da situação de saúde dos indivíduos e famílias na perspectiva da saúde coletiva.

A Atenção Básica à Saúde além da resolubilidade em relação à grande maioria dos problemas e da responsabilização pela saúde de sua população adscrita em qualquer serviço em que esteja sendo cuidada, cumpre ainda a função essencial de coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos serviços nas redes de atenção.

A partir da experiência brasileira de mais de uma década de adoção da estratégia Saúde da Família, além das experiências internacionais, reitera-se o compromisso com a continuidade da expansão dessa estratégia como a que melhor traduz para a organização da Atenção Básica os princípios e diretrizes do SUS.

Dessa forma, conclui-se que a Atenção Básica à Saúde não se restringe à oferta de um elenco de procedimentos, mas a um conjunto de ações que contemplam a integralidade da atenção às necessidades de saúde da população a ela adscrita. É necessário, portanto, estabelecer um elenco de procedimentos que todos os municípios devem garantir em seu território e que serão intransferíveis. Para garantir a resolutividade necessária a esse nível de atenção, é preciso ainda assegurar o acesso a um conjunto de outros procedimentos que podem ser pactuados regionalmente.

Vigilância em Saúde

A concepção de vigilância em saúde enquanto função de saúde pública pode ser entendida neste documento como uma proposta

de integração institucional envolvendo os componentes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

Programação da Atenção à Saúde

O escopo do processo de programação da atenção compreende a Programação da Assistência a Saúde e a Programação da Vigilância em Saúde.

“Caráter Complementar e Caráter Suplementar”

Segundo o disposto na Lei n.º 8.080/90, tanto a União como os Estados participam, em caráter complementar, da execução de ações e serviços de saúde – artigos 16 e 17 – entendido esse caráter de atuação como circunstâncias especiais onde um ente federado passa a executar uma determinada ação na medida em que o outro se mostra incapaz de proceder a execução da mesma, naquele momento.

Já o “caráter suplementar” volta-se para o processo de formulação de normas e de estabelecimento de padrões de procedimentos, que aprimoram, adequam ou complementam outros previamente formulados e implementados.

COMO SE FORMALIZA O PACTO:

A formalização do pacto deve ser um **Termo de Compromisso**, assinado de forma tripartite, com prazos, vigências, explicitação de responsabilidades, metas. Este contrato deve ser periodicamente redefinido. O processo de pactuação referente à saúde indígena deve envolver o gestor federal desde o espaço local. Este termo deve ser monitorado de acordo com a Lei de Responsabilidade Sanitária e com o processo de monitoramento desenvolvido em cada esfera de governo.

O Termo deve contemplar:

- a. Compromissos sanitários
- b. Responsabilidades e compromissos de gestão

COMPROMISSOS SANITÁRIOS

O Plano Nacional de Saúde identifica alguns eixos que orientam a definição de compromissos sanitários que deverão ser objetivados em metas nacionais, estaduais, regionais ou locais, dentro do Termo de Compromisso do Pacto. Estes quatro eixos orientam tanto os compromissos sanitários quanto os de gestão.

Eixos:

- I. A redução das desigualdades em saúde
- II. Ampliação do acesso com qualificação e humanização da atenção
- III. Redução dos riscos e agravos
- IV. Aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

Elenco de Compromissos Sanitários:

1. Redução da mortalidade materna e infantil, com a efetivação do pacto já firmado entre os gestores, garantindo o acesso ao atendimento humanizado e de boa qualidade, ao pré-natal, parto e puerpério e as ações de vigilância;
2. Eliminação da hanseníase e controle da tuberculose, dengue, malária, DST/aids, doenças imunopreveníveis e outras doenças controláveis de grande incidência regional ou local, com redução progressiva dos níveis de incidência, tomando por referência mínima, em todos os estados e municípios, as metas nacionais estabelecidas;
3. Controle de hipertensão arterial sistêmica e diabetes;
4. Redução da desnutrição e de outros distúrbios nutri-

- cionais, com a implantação da vigilância nutricional e alimentar em populações em situação de risco;
5. Redução dos riscos à saúde relacionados com as desigualdades étnicas, raciais, regionais e sociais e grupos populacionais em situação de risco e maior vulnerabilidade, com ênfase na melhoria de indicadores de saúde desfavoráveis a determinados grupos populacionais;
 6. Garantia de acesso à atenção básica universal e de boa qualidade, com a oferta do conjunto de ações integradas, resolutivas e humanizadas e com incorporação e realização das ações de saúde bucal, mental e saúde dos trabalhadores, estas na atenção básica e especializada.
 7. Garantia das ações de vigilância em saúde – ambiental, epidemiológica e sanitária – para redução dos principais riscos e agravos à saúde da população;
 8. Redução da morbimortalidade por causas externas e garantia do acesso imediato às urgências e emergências.
 9. Promoção da qualificação do atendimento integral, reorganizando o modelo de atenção com a incorporação das diretrizes da política nacional de humanização, assegurando vínculo, acolhimento e responsabilização dos profissionais e das equipes;
 10. Garantia do acesso aos medicamentos e outros insumos, com base em protocolos do SUS.

EIXOS ESTRUTURANTES DO PACTO

Os Eixos Temáticos deste Pacto de Gestão devem contemplar uma redefinição sobre:

1. Responsabilidade Sanitária – de governo, de gestão e de respostas dos sistemas e serviços de saúde e da organização da atenção;
2. Regionalização solidária – cooperativa;
3. Planejamento e Programação;
4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
5. Trabalho e Educação em Saúde
6. Financiamento;
7. Participação Social e Controle Público do Sistema.

As questões centrais dentro de cada eixo estão norteando a construção das responsabilidades e atribuições de cada ente, que devem compor a construção do Termo de Compromisso. Isto está sendo trabalhado de forma tripartite, consolidando a definição das responsabilidades do gestor municipal, estadual e federal na consolidação do SUS.

Entretanto, algumas propostas devem ser explicitadas com mais detalhes pois são organizativas do conjunto de questões relacionadas ao Pacto de Gestão e não se esgotam na definição de responsabilidades.

As propostas detalhadas a seguir são fruto de um amplo processo de discussão interna, envolvendo todas as áreas e representam a posição do MS, não tendo ainda sido finalizado o processo de pactuação com o Conass e o Conasems.

REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA – COOPERATIVA

Há um significativo consenso em torno da necessidade de adotar novas estratégias ao processo de descentralização que promovam a integralidade e a equidade no acesso. A **regionalização**, prevista constitucionalmente, constitui uma dessas estratégias, ao induzir a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas.

Mas é preciso qualificar a estratégia de regionalização do SUS para que a mesma não seja reduzida a um complexo conjunto de normas e se sobreponha a um processo político, de negociação e pactuação, quando estão presentes inúmeros interesses que demandam iniciativas de concertação social, liderança democrática e validação cultural.

A ênfase na importância das localidades para o fortalecimento do processo de descentralização exige uma adequada definição sobre as competências das três esferas de governo, quando os estados, juntamente com os governos municipais, assumem relevância estratégica na operacionalização do projeto de regionalização da saúde.

Ao definir as responsabilidades de cada ente da federação é preciso considerar a necessária conformação de uma rede solidária, concretizada em criativos arranjos político-institucionais e sólidas relações contratuais ao exercício conjunto de competências e funções que exigem cooperação intergovernamental, planos integrados e gestão compartilhada dos serviços de abrangência regional.

Nesse sentido, propõe-se que a regionalização em saúde seja

um processo de constituição das regiões de saúde, onde se organize uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção visando à universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade das ações e serviços de saúde.

As ações e serviços de saúde existentes nos diferentes municípios que compõem uma Região de Saúde deverão estar articulados na perspectiva de constituição de uma **rede regionalizada de saúde**. A constituição de uma rede regionalizada de saúde pressupõe um investimento na atenção básica e nas ações básicas de vigilância em saúde por parte de todos os municípios, obedecendo aos critérios mínimos e exigências estabelecidos nacionalmente.

A construção das regiões de saúde deverá fazer-se, sempre que possível, em conformidade com os princípios de economia de escala e do acesso a serviços de qualidade e, ainda, segundo os fluxos assistenciais e as redes viárias existentes. É necessário ter, na utilização desses princípios, uma flexibilidade que permita responder às necessidades singulares de regiões de baixa densidade demográfica, e grandes extensões territoriais como, por exemplo, a Amazônia Legal.

a. Objetivos da Regionalização

- **Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde** cuja complexidade e contingente populacional necessário transcenda a escala municipal.
- **Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade:** uma visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão locorregional, que possibilite os

meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no País.

- **Garantir a integralidade.** A ampliação do conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento do SUS – traduzida na provisão de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
- **Racionalizar os gastos e otimizar os recursos,** possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.
- **Potencializar o processo de descentralização,** fortalecendo estados e municípios para exercerem o papel de gestores do sistema de atenção à saúde no país e para que as demandas dos diferentes interesses locais possam ser organizadas e expressadas a partir de um poder regional.

b. Pressupostos para a Regionalização

- **Subsidiariedade** – sempre que a execução das ações de saúde puder ser exercida pela esfera local, não deve ser absorvida pela esfera subsequente. Assim, a distribuição de competências entre estados e municípios deve considerar suas possibilidades de assumir responsabilidades, não devendo transferir para uma esfera de maior abrangência a execução das ações de saúde que podem ser realizadas pela esfera local/municipal e estadual.
- **Cooperação** – a existência de mecanismos institucionais que promovam a articulação e pactuação para o desenvolvimento das ações e serviços de natureza regional, inclusive no co-financiamento.

- **Coesão Regional** – reconhecimento de que a definição do que deve ser objeto de ação regional bem como dos meios para sua execução deriva de um processo político que exige a participação de todos os atores e instituições envolvidas na construção da regionalização da saúde.
- **Responsabilização** – estabelecimento de compromissos entre gestores acerca da responsabilidade sanitária com a organização da atenção e da gestão do sistema e dos serviços para o enfrentamento dos problemas de saúde da população em um determinado território.
- **Territorialização** – os gestores municipais e estaduais devem pactuar critérios claros à definição da espacialidade regional, levando em consideração as regiões de saúde já existentes e as peculiaridades locais.
- **Flexibilidade** – a regionalização precisa ser flexível o suficiente para comportar a heterogeneidade territorial, a distribuição desigual dos serviços e a dimensão continental do País. É preciso, inclusive, considerar as distintas dinâmicas regionais e os diferentes modos de organização e articulação existentes no território nacional que inviabilizariam quaisquer tentativas de imposição de um modelo único de regionalização para todo o País.

c. As Regiões de Saúde

Existe um consenso de que as regiões devem expressar o “encontro das identidades e coerências de um espaço territorial com o exercício do poder político-institucional”. Assim, as regiões de saúde são recortes territoriais, com o fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, equidade

de e integralidade das ações e serviços de saúde e podem se organizar em:

- **Regiões infraestaduais** e compostas por mais de um município;
- **Regiões intramunicipais** organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- **Regiões interestaduais**, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados, como por exemplo as Regiões Integradas de Desenvolvimento (RIDE), ou similares;
- **Regiões fronteiriças**, quando o território regional de saúde envolve os países vizinhos.

Os estados e municípios identificarão as regiões de saúde a partir das identidades compartilhadas em um mesmo território, tais como: identidade socioeconômica e cultural, redes de comunicação, infra-estrutura de transportes, redes de ações e serviços direcionadas para a integralidade da atenção à saúde e, para as questões relacionadas a educação a existência de instituições de ensino. Além desses, outros critérios poderão ser definidos em CIB estadual.

O reconhecimento das regiões de saúde, pelo SUS deve ser feito:

- Regiões infraestaduais e compostas por mais de um município – reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e homologadas na Comissão Intergestores Tripartite.
- Regiões intramunicipais – homologadas nas Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite.
- Regiões interestaduais – reconhecidas nas respectivas

Comissões Intergestores Bipartite e homologadas na Comissão Intergestores Tripartite.

- **Regiões fronteiriças – reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e homologadas na Comissão Intergestores Tripartite.**

d. Mecanismos de Organização Regional

Colegiado de Gestão Regional – Os Colegiados de Gestão Regionais deverão se constituir em espaços de articulação e pactuação e de definição das prioridades de ação regional. Será formado pelos gestores municipais/locais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(is), sendo a decisão sempre por consenso. Constitui como principal atribuição do Colegiado de Gestão a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva, além de identificar os problemas e pactuar soluções adequadas à qualificação do SUS e melhoria das condições de saúde no âmbito da região. As decisões do Colegiado Regional devem ser apreciadas pela CIB, sendo a esta subordinado.

Conformam espaços de decisão política e de definição de prioridades de ação regional, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Podem ser considerados os colegiados já existentes e em funcionamento, desde que assegurada a participação do conjunto de municípios que compõem o território regional. Respeitando as diferentes organizações definidas em cada estado e, nos casos em que houver outras instâncias de pactuação que aglutinem várias regiões, este colegiado deve articular-se com as mesmas.

Câmaras Técnicas Permanentes ou Provisórias: constituídas por técnicos das secretarias estaduais e municipais e deverão dar o apoio técnico necessário ao Colegiado de Gestão por meio de informações e análises relevantes à tomada de decisões. Recomenda-se a instalação de uma Câmara ou Grupo Técnico Permanente de Regulação, Planejamento, Monitoramento e Avaliação.

Plano Regional de Saúde – O Plano Regional de Saúde, elaborado pelo Colegiado Regional de Gestão, e os planos de saúde municipais deverão considerar os Planos Estaduais e Nacional de Saúde e deverão contemplar o papel do município e do estado na regionalização indicando compromissos, direitos, metas e forma de financiamento das ações e serviços referenciados, a fim de promover a garantia de acesso e a integralidade da atenção. O Plano Regional de Investimentos, quando necessário, deve estar contido no Plano Regional de Saúde.

Programação Pactuada e Integrada (PPI) – os municípios da região devem participar do processo permanente de programação, coordenado pelo(s) estado(s), no que se refere à assistência e vigilância.

Mecanismos de Regulação Regional à Garantia do Acesso e Integralidade da Atenção – Os mecanismos de regulação a serem compartilhados em âmbito regional deverão constituir-se em estratégias fundamentais para a garantia do acesso equânime e o cuidado integral da atenção à saúde.

Participação e Controle Social – A participação da comunidade na organização do SUS é uma diretriz constitucional. E, além das formas de participação dispostas na Lei nº 8.142/90 por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, há que se esti-

mular a discussão regional da participação e controle social num processo participativo de construção e implementação do SUS.

Formalização da Regionalização – Termo de Compromisso Regional – Deverá ser estabelecido a partir da concordância com o Plano Regional de Saúde e comprometimento com as responsabilidades acordadas para a execução das ações. O Termo de Compromisso se faz necessário no contexto do processo de cooperação para o acompanhamento da função pactuada. O Termo de Compromisso Regional deve considerar as competências de cada ente e ser aprovado conforme fluxo de reconhecimento das regiões.

PLANEJAMENTO

É fundamental a incorporação do planejamento estratégico na ação política, do qual o Plano Nacional de Saúde, além de marco referencial, visa a contribuir para uma maior clareza nas linhas e ação a serem trilhadas no processo de tomada de decisões em qualquer nível de gestão, enfatizando-se o exercício democrático na formulação das políticas do SUS e incentivando o diálogo na busca de consensos e principalmente estabelecendo prioridades nacionais nos quais deverão estar refletidos os papéis desempenhados pelos demais entes federados, ou seja, o papel dos estados num sentido de adesão às suas especificidades e dos municípios com o seu nível de detalhamento mais acurado.

O planejamento em geral e os Planos de Saúde, em específico, ao serem assumidos como instrumentos de trabalho e de referência para a gestão da saúde no País, preservado o controle social do setor, possibilitará novos e grandes avanços nas condições de saúde da população brasileira.

A integração de ações com um direcionamento claro das intenções, sempre pactuadas entre as três esferas e com a identificação de questões regionais relevantes contribui, efetivamente, para novos rumos na busca da ampliação e da qualificação do acesso aos serviços e ações de saúde, no avanço em direção à equidade, na construção permanente da intersetorialidade das políticas. De outra parte, o exercício e o incentivo à participação social permitem a adoção de estratégias de intervenção intersetoriais, capazes não somente de modificar as realidades sanitárias/epidemiológicas indesejáveis, como também de integrar maior número de atores no desenvolvimento da melhoria das condições de vida da população. Cria-se assim um ciclo virtuoso na busca da qualidade da ação pública.

Cabe ressaltar que é uma atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a elaboração e atualização periódica do plano de saúde e em conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nessa perspectiva, é atribuída às três esferas de gestão do Sistema a responsabilidade de promover a articulação da política e dos planos de saúde.

Em relação ao plano de saúde, cabem algumas orientações gerais: (i) os planos devem corresponder, em relação ao seu período, ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera; (ii) os planos são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma óptica analítica, devendo ser submetidos na íntegra aos respectivos Conselhos de Saúde.

O processo de planejamento no contexto da saúde deve considerar que a decisão de um gestor sobre quais ações desenvol-

ver é fruto da interação entre a percepção do Governo e os interesses da sociedade. Dessa interação – motivada pela busca de soluções para os problemas de uma população – resulta a implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social desta mesma população. Nesse sentido, o planejamento dos serviços e das ações de saúde necessárias a uma comunidade – por intermédio do plano – concretiza a responsabilização dos gestores pela saúde da população.

O plano de saúde é operacionalizado mediante programas e/ou projetos, nos quais são definidas as ações e atividades específicas, bem como o cronograma e os recursos necessários. Tais instrumentos expressam assim a direcionalidade das políticas de saúde do SUS no âmbito federal, estadual ou municipal. A elaboração tanto do plano, quanto dos instrumentos que o operacionalizam, é entendida como um processo dinâmico que permite, assim, a revisão periódica de objetivos, prioridades e estratégias, seja em função dos avanços registrados ou em decorrência da mudança de cenários, seja de obstáculos que eventualmente venham a ser defrontados. Dessa forma, o plano requer, como estratégia básica de sua implementação, a gestão compartilhada entre as três esferas de governo que, aliada ao sistema de monitoramento e avaliação correspondente, possibilita aos gestores, aos quadros técnicos e à sociedade acompanhar a execução das ações, da sua eficácia, efetividade e, desse modo, indicar rearranjos em torno dos parâmetros iniciais traçados.

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA

A redefinição desta lógica de programação deve nortear-se por eixos que buscam superar algumas limitações atuais:

Eixos orientadores

- Integralidade da atenção
- A centralidade da atenção básica
- Integração das programações
- Aberturas programáticas
- Composição das fontes de recursos financeiros a serem programados
- Processo de programação e as relações intergestores

Descrição dos Eixos:

Na busca da **integralidade da atenção** à saúde o modelo que se propõe é o da conformação de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação. Pretende-se, com sua organização, garantir da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de atenção.

A programação deve procurar integrar as várias áreas da atenção à saúde, em coerência com o processo global de planejamento, considerando as definições expressas nos planos de saúde e as possibilidades técnicas dos diversos estados e municípios. Essa integração deve se dar no que diz respeito à análise da situação de saúde, estimativa de necessidades da população e definição de prioridades da política de saúde em cada esfera, não apenas na sua dimensão assistencial como de promoção e prevenção. Faz-se necessário, portanto, uma estreita coerência das propostas contidas na programação com os demais instru-

mentos de planejamento. Nesse sentido, as diretrizes da PPI devem enfatizar as prioridades definidas nos Planos de Saúde, Planos de Investimentos, bem como com o Termo de Compromisso do Pacto de Gestão.

A relação dos serviços de atenção básica com os demais níveis de atenção deve estar claramente definida assumindo-se a centralidade das estratégias de vinculação de clientela como uma importante porta de entrada para o sistema. Outra porta de entrada igualmente importante é representada pelos serviços de urgência e emergência, que permeiam todos os níveis de atenção tendo o papel de redirecionar a demanda para as estratégias vinculatórias da atenção básica.

A **centralidade dos serviços de atenção básica** implica no reconhecimento de seu papel protagônico na organização do sistema de atenção à saúde, o que condiciona à atribuição de mecanismos organizacionais e materiais para que possam garantir a longitudinalidade do cuidado. Portanto, no que se refere ao planejamento e programação da atenção, deve-se partir das ações básicas de saúde prioritárias e das referentes à urgência e emergência para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial como de promoção e prevenção visando à integralidade da atenção. O Ministério da Saúde tem como prioridades, refletidas em políticas específicas, as seguintes áreas: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do idoso, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, saúde bucal, saúde da pessoa com deficiência, saúde do trabalhador, saúde mental, saúde no sistema penitenciário. Além das prioridades descritas devem ser acrescentados alguns

agravos priorizados pela Vigilância em Saúde e que têm ações de assistência fundamentais para seu diagnóstico e tratamento, como a hanseníase, tuberculose, aids, sífilis congênita, meningite, hepatites virais e malária.

A programação assistencial deverá estar **integrada à programação da vigilância**. Esta perspectiva deve estar refletida também no instrumento de programação, com uma plataforma comum, dada a necessidade de unicidade da linguagem e inter-relações, preservadas as especificidades do objeto de trabalho de cada área. Para tal, foram identificados os principais agravos cujas ações são acompanhadas pela Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde e que demandam ações de assistência fundamentais para seu diagnóstico e acompanhamento. O objetivo é possibilitar aos gestores a integração das ações de vigilância e assistência para esses agravos, levando-se em consideração as metas traçadas anualmente na Programação da Vigilância, no momento da programação das ações da Assistência e, sobretudo, permitir seu monitoramento. A proposta de plataforma comum é o SISPPi da assistência, desenvolvido de forma modular, mas relacional, com os subsistemas relativos à área da assistência e da vigilância à saúde. As ações de vigilância em saúde, operacionais, de processo e de gestão, serão desenvolvidas de acordo com a Programação Pactuada Integrada dessa área, que será elaborada conforme normas vigentes (Portaria n.º 1.172, de 25/6/2004). As ações e metas pactuadas na PPI VS serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho. Envolvendo aspectos operacionais e de gestão, estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Aberturas programáticas são entendidas aqui como classificações definidas por níveis de agregação das ações de saúde,

permitindo, de forma racional e coerente com as prioridades assumidas, a atribuição de objetivos e metas e conseqüentemente a alocação dos recursos financeiros. Alguns determinantes devem ser considerados para a definição de uma abertura programática para programação, na medida em que ela deve ser coerente com as regras atuais de financiamento do SUS. Dessa forma, deve conter preocupações quanto à ruptura da “lógica de produção” mas ao mesmo tempo não pode desconsiderar que a lógica de financiamento do SUS hoje está pautada na tabela de procedimentos e que esta gera o maior sistema de informações em saúde do País. Deve, portanto, ter como referência a tabela de procedimentos, possibilitando levantamentos de informações de séries históricas de produção, de forma a colaborar na construção de parâmetros assistenciais.

É evidente que parâmetros assistenciais baseados unicamente em séries históricas de produção podem reproduzir os desvios já existentes, porém não se pode cair no equívoco de desprezá-los. Para possibilitar que se tenha outra fonte de parâmetros que signifique um avanço, são necessários determinados ajustes nas aberturas programáticas que permitam a incorporação de novos parâmetros construídos a partir das áreas prioritárias do MS, levando-se em conta os protocolos e consensos existentes. Assim as aberturas programáticas devem estar em coerência com a tabela unificada de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (SIAS) para a área ambulatorial e de acordo com as clínicas na área hospitalar, com flexibilidade no seu nível de desagregação permitindo uma adaptação às necessidades de cada gestor.

A incorporação da totalidade das ações realizadas no âmbito do sistema único de saúde é fundamental para que a programação reflita a realidade dos serviços. Assim, torna-se impres-

cindível que se programe a atenção básica, de forma integrada com as ações especializadas e de vigilância, bem como as ações financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas de Compensação (FAEC). As formas de financiamento do sistema devem ser consideradas com um atributo à ação, não sendo critério para sua exclusão do processo de programação.

A necessidade do envolvimento de **outras fontes** dos recursos financeiros no processo de programação implica na explicitação de uma parcela dos aportes estaduais e municipais relativos ao custeio da assistência.

Reconhece-se a existência de dificuldades de várias ordens nessa explicitação, principalmente relacionadas às diversas classificações adotadas por estados e municípios em seus orçamentos.

Independente das rubricas orçamentárias adotadas, um acordo provisório com os estados e municípios pode ser estabelecido com suas legítimas representações, envolvendo pelo menos quatro modalidades passíveis de serem tratadas pelos instrumentos de programação, quais sejam:

- co-financiamento de serviços financiados globalmente (como nos CEO, SAMU, hospitais de pequeno porte, hospitais de ensino etc.);
- recursos alocados para compra de serviços privados cobertos exclusivamente pelos tesouros municipais ou estaduais;
- recursos dos tesouros estaduais ou municipais alocados para complementação de valores das tabelas SIA e SIH;
- outras modalidades de alocação como subsídios globais a serviços específicos com regularidade durante o ano (e.g., hospitais filantrópicos).

É importante deixar claro que o objetivo de incluir essas modalidades para custeio da assistência na programação é possibilitar, sobretudo ao gestor municipal, a utilização de parâmetros que realmente dimensionem as ações de saúde ofertadas para sua população e não simplesmente parâmetros que reflitam o financiamento do gestor federal. É sabido que apenas essas quatro modalidades não refletem a totalidade dos recursos gastos com assistência, como por exemplo, com recursos humanos, manutenção de equipamentos próprios, dentre outros. No entanto, são essas, atualmente, as possíveis de serem incluídas na programação da assistência. Portanto não cabe nenhuma avaliação comparativa entre os valores que cada gestor aloca para programação. Um estado ou município com uma rede própria grande deverá alocar menos recursos para programação, na medida em que grande parte de seu gasto com assistência está alocado para o custeio de seus serviços próprios como RH, manutenção de equipamentos, etc., enquanto que um estado ou município com rede própria mais restrita deve ser mais dependente de serviços filantrópicos ou privados, nos quais ele não é responsável por sua manutenção mas paga pelo serviço prestado, muitas vezes tendo que se valer de recursos próprios para tal.

Não é escopo desta proposta a comprovação dos recursos próprios que cada Gestor investe em saúde. Para tal existem outros instrumentos, que não o da programação da assistência.

Para viabilizar uma nova forma de programação propõe-se as seguinte etapas:

- **Etapa preliminar de programação** – a partir das prioridades definidas no Plano de Saúde, o gestor estadual, em conjunto com os gestores municipais, definem as diretrizes gerais a serem referência para o processo

de programação que devem ser aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite. Essas diretrizes devem contemplar o formato da regionalização vigente, a definição de parâmetros a serem utilizados e a macroalocação dos recursos financeiros. A definição dessas diretrizes devem estar respaldadas por levantamentos de capacidades instaladas e produção de serviços, análise dos fluxos existentes e diagnóstico de necessidades.

- **Etapa de programação municipal** – Faz-se necessário enfatizar a necessidade de fortalecimento da programação municipal permitindo ao município definição de prioridades e parâmetros a serem adotados, bem como a desagregação da programação municipal até o estabelecimento de saúde (Programação intramunicipal). Assim, nesta etapa o gestor municipal define a partir das prioridades presentes no Plano Municipal de Saúde os seus parâmetros e o nível de agregação das aberturas programáticas que irá utilizar para então realizar a programação para a população própria e as referências que irá realizar seguindo o desenho da regionalização aprovado na CIB. Os municípios que não realizam referências para outros podem neste momento realizar a programação de seus estabelecimentos de saúde. Os municípios de referência necessitam aguardar a definição dos pactos para concluir a programação de seus estabelecimentos.
- **Etapa de pactuação regional** – Após análise e estabelecimento dos pactos intermunicipais os serviços não ofertados na região deverão ser discutidos e pactuados com as referências intermunicipais fora da região de saúde. No caso das regiões formadas por municípios de mais de um estado, deverão participar do pro-

cesso de pactuação os estados e municípios envolvidos com a mediação do gestor federal.

- **Etapa de consolidação estadual** – Após análise destas programações, seu produto deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e encaminhado ao Ministério da Saúde. Os municípios que recebem referências de outros devem realizar a programação das ações de seus estabelecimentos de saúde. As alterações físicas e financeiras desta programação devem ser mensalmente enviadas ao gestor federal.

A cada mudança motivada por abertura de novos serviços, fechamento de serviços, novos pactos de referência, aumento de limite financeiro ou aumento de valor de tabela a programação tem que ser alterada. Essa alteração pode incidir diretamente no estabelecimento de saúde (quando não houver impacto nas referências intermunicipais) ou partir de uma resolução das CIB passando por alterações nos pactos intermunicipais e chegando ao estabelecimento de saúde.

REGULAÇÃO, CONTROLE, AUDITORIA E AVALIAÇÃO

a. Conceitos

Regulação – conjunto de ações mediatas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia, compreendendo tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.), as próprias regulamentações, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento destas como fiscalização, controle, avaliação, auditoria.

Controle – supervisão contínua que se faz para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado, para verificar se algo está sendo cumprido conforme um parâmetro, próximo de um limite pré-fixado, se estão ocorrendo extrapolações. O controle pode se dar de forma antecipada, concomitante ou subsequente ao processo de execução das atividades.

Auditoria – conjunto de técnicas que visam a avaliar processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada com determinados critérios técnicos, operacionais ou legais. É uma importante técnica de exame especializado de controle, que visa à melhor alocação de recursos, evitando ou corrigindo desperdícios, irregularidades, negligências e omissões. A auditoria busca comprovar a legalidade, a legitimidade dos atos e fatos, além de avaliar os resultados alcançados quanto aos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade: da gerência ou gestão orçamentária, financeira, patrimonial, operacional, contábil e finalística, de unidades ou sistemas.

Avaliação – conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (*optimum*, desejável, preceito legal, etc.). Avaliar consiste em atribuir um valor ao encontrado a partir do esperado, uma medida de aprovação ou desaprovação. Assim, a avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento e re-planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, etc.

Regulação estatal sobre setor Saúde – atuação mediata do Estado que facilita ou limita a produção de bens e serviços de

saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o cumprimento destas como: fiscalização, controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Tal assertiva pode ser embasada no artigo 197 da Constituição de 1988, ao afirmar que: "São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle..."

Portanto, a regulação estatal sempre será exercida por uma esfera de governo (federal, estadual e municipal), constituindo-se em uma das funções da gestão de sistemas de saúde.

Esta concepção ampliada de regulação em Saúde não se confunde com a gestão. Cabe à gestão a definição dos rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio da política de Saúde e da implementação do correspondente projeto técnico-assistencial. Compete à regulação fazer as regulamentações, que incorporam os objetivos da política de Saúde, além executar a vigilância do cumprimento dessas regulamentações.

A regulação estatal no setor Saúde ao ter como objeto geral a produção de todos bens e serviços de saúde, tem como principais objetos específicos: a produção, venda, incorporação e uso de insumos, medicamentos, equipamentos e de outras tecnologias em saúde; a qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano; estabelecimentos de saúde (envolvendo exigências de edificação, equipamentos, profissionais, habilitação na prestação de serviços de alta de complexidade, entre outros itens); as relações contratuais entre gestores e prestadores; a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde (consultas, exames, terapias, internações, vigilâncias, etc.); a oferta de e demanda por serviços, os protocolos assistenciais;

os fluxos de atendimento; padrões de qualidade, custos e gastos em saúde.

A Lei n.º 8.080, em seu artigo 15, trata não apenas do controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde (inciso I), mas, também, traz como competência comum, das esferas de gestão do SUS, a participação na regulamentação, controle e avaliação sobre: meio ambiente, saneamento, condições de trabalho, saúde do trabalhador e ambientes de trabalho; processo de formação e exercício das profissões; padrões éticos para a pesquisa e assistência, que, portanto, podem ser tomados como objetos da macrorregulação em saúde.

Como forma de discriminar campos de atuação segundo distintos sujeitos, objetos, ações e finalidades; a regulação estatal no setor Saúde pode ser tomada como uma função da gestão que contempla uma atuação sobre os Sistemas de Saúde englobando as ações de: Regulamentação, Controle, Auditoria e Avaliação sobre Sistemas de Saúde; Vigilância Sanitária; Ouvidoria, Controle Social, Regulação da Saúde Suplementar e a Regulação da Atenção à Saúde.

A Regulação em seu foco sobre Sistemas de Saúde comporta ações do gestor federal sobre os Sistemas de Saúde estaduais, municipais e sobre os Sistemas da Saúde Suplementar; do gestor estadual sobre os Sistemas de Saúde municipais e a auto-regulação de cada esfera de gestão.

A Regulação da Atenção à Saúde consistiria no foco de regulação sobre a produção direta de todas as ações e serviços de saúde – vigilância, atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar – e sobre o acesso dos usuários à assistência em ca-

da nível de complexidade: a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial.

Regulação da Atenção à Saúde – tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, portanto está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica.

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

b. Diretrizes para desenvolver e implementar a Regulação no SUS

Para além de um arranjo técnico e burocrático, a regulação estatal em Saúde deve se inscrever numa reformulação da regulação sobre a produção de bens e serviços em Saúde, que vá ao encontro de seus fundamentos públicos, uma regulação orientada em prol do bem comum, do direito à saúde dos indivíduos e da coletividade.

Nessa perspectiva, faz-se necessário desenvolver movimentos de regulação no sentido de ganhos de eficiência, de eficácia e de efetividade, dos sistemas de saúde e na produção da atenção à Saúde.

A eficiência, por meio da regulação, pode ser atingida com o desenvolvimento, disseminação e implementação efetiva de

ações de controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação; na aplicação dos recursos financeiros do SUS, pelos gestores dos sistemas de saúde e pelos produtores diretos das ações e serviços de saúde.

A eficácia e efetividade, por meio da regulação, deve ser buscada pela transformação de suas ações meio, em facilitadoras de toda a produção da atenção à saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização desta produção.

Para tal, propõem-se as seguintes diretrizes que deverão ser operacionalizadas pelos gestores do SUS:

Articular e integrar as ações da regulação sobre o setor Saúde

- Superar o isolamento, a desarticulação, a sobreposição de competências que há entre as diversas instâncias como o "Controle e Avaliação", a "Auditoria", e a Vigilância Sanitária que têm executado ações de regulação;
- Desenvolver ações de Controle, Auditoria e Avaliação em seu foco sobre o Sistemas de Saúde, completadas por seu foco sobre a produção direta das ações e serviços de saúde;
- Integrar as ações de regulamentação, fiscalização e controle da Vigilância Sanitária sobre estabelecimentos e serviços de saúde, com as ações de controle, auditoria e avaliação da atenção à saúde;
- Integrar as ações de regulamentação, fiscalização e controle da Vigilância Sanitária sobre medicamentos, insumos e tecnologias da saúde, com as ações de controle, auditoria e avaliação da atenção à saúde;
- Tomar a Ouvidoria, enquanto canal privilegiado de in-

terlocução individual com o usuário, fonte para a atuação do controle, auditoria e avaliação da atenção à saúde, na detecção de problemas no acesso, na qualidade dos serviços prestados, de desperdícios, irregularidades, negligências e omissões;

- Tomar os Conselhos de Saúde, enquanto instância de Controle Social, fonte para a atuação do controle, auditoria e avaliação em seu foco sobre Sistemas e sobre a Atenção à Saúde, na detecção de problemas no acesso, na qualidade dos serviços prestados, de desperdícios, irregularidades, negligências e omissões;
- Integrar as ações de Vigilância Sanitária, Controle, Auditoria e Avaliação sobre Sistemas e sobre a Atenção à Saúde, com as ações de regulação da Saúde Suplementar.

Articular e integrar as ações da regulação sobre o setor Saúde com outras funções de gestão

- Integrar as ações de Regulação sobre Sistemas e da Regulação da Atenção à Saúde com as demais funções da gestão como planejamento, financiamento, orçamento, programação, descentralização/regionalização, implementação da(s) modalidade(s) de atenção, além de integrar ao desenvolvimento de importantes funções em saúde, como gestão do trabalho e educação, informação e informática, ciência e tecnologia e com as funções administrativas e financeiras.

Implementar e desenvolver a Regulação da Atenção à Saúde, articulando e integrando as ações de Contratação, Controle, Regulação do Acesso, Auditoria e Avaliação da Atenção à Saúde, devendo, para tanto:

- Fazer dos contratos, pactos de compromissos entre

gestores e prestadores para a produção qualificada das ações de saúde com a devida assunção de responsabilidades entre as partes. No contrato com prestadores, deve ficar claro que o cardápio de serviços a ser oferecido será segundo as informações cadastrais e habilitação para execução destes serviços, que a produção dos serviços dar-se-á segundo as definições do gestor e as necessidades das Políticas de Atenção, que as solicitações de procedimentos serão segundo protocolos estabelecidos, que uma gama de procedimentos passará por algum processo de autorização e, na medida da organização do gestor, terá seu acesso regulado por estratégias de regulação do acesso ou pelo Complexo Regulador e que uma gama de procedimentos estará sujeito a processos de supervisão hospitalar e ambulatorial.

- Reformular e articular as atividades de Controle Assistencial de forma a controlar a execução do atendimento por meio das seguintes ações: cadastro de estabelecimentos, profissionais e de usuários; habilitação de prestadores para prestação de determinados serviços; programação físico-financeira por estabelecimento; autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade; monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial; monitoramento e revisão das faturas prévias relativas aos atendimentos, apresentadas pelo prestador; processamento da produção de um determinado período; preparo do pagamento aos prestadores.
- Implementar as ações de Avaliação da Atenção à Saúde

de de maneira a medir a qualidade que garanta maior eficiência, eficácia, resolubilidade, humanização, satisfação do usuário, em conformidade com os princípios do SUS, por meio de análise de dados e indicadores, verificação de padrões de conformidade, aplicação de questionários e entrevistas.

- Implementar a Regulação Assistencial que deve viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz. Suas principais ações são: Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às Urgências; Controle dos leitos disponíveis e da agenda de consultas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos especializados; Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais; Estabelecimento de referência entre unidades, segundo fluxos e protocolos de regulação do acesso; Organização de fluxos de referência especializada intermunicipal; Controle e monitoração da utilização mais adequada dos níveis de complexidade; Implantação de Complexos Reguladores.
- Implementar os Complexos Reguladores como uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, mu-

nicipal, 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.

Reorganizar os sistemas de informação necessários para implementar novas diretrizes da regulação em Saúde

Para enfrentar os problemas relativos às informações pertinentes ao desenvolvimento da Regulação da Atenção à Saúde, faz-se necessário a constituição de um novo Sistema Nacional de Informação em Saúde, que contemple no mínimo três grandes braços ou subsistemas de informação, integrados e caudatários dos mesmos padrões de representação da informação, quais sejam:

- Um sistema de gestão dos cadastros, que deve gerenciar os cadastros, abarcando a captura, o processamento, a atualização e manutenção da base de dados de usuários, profissionais e estabelecimentos. Por responder pela base de dados cadastrais, que será usada pelos demais subsistemas, passa a ser condição e pressuposto para o desenvolvimento destes.
- Sistemas de Regulação do Acesso, ou sistemas do Complexo Regulador, que consistirão no conjunto de subsistemas que viabilizaram as centrais informatizadas de leitos, consultas e de SADTs, assim como as centrais de urgência como a do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). O SISREG, sistema que informatiza a central de regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, desde a gestão 1999–2002, deverá ser modificado para vir a ser uma opção dentro das novas diretrizes da regulação do acesso, integrando com um novo Sistema de Informação da Atenção à Saúde.
- Um sistema integrado de informação da Atenção à

Saúde, que deve não só substituir os principais subsistemas da Atenção à Saúde, hoje existentes, a saber: SIAB, SI-API, SIS-PRENATAL, SISVAN, HIPERDIA, SIA (e seu subsistema APAC), e SIH, mas também, superar deficiências de cada um daqueles subsistemas, preservando seus pontos positivos e a série histórica de suas bases de dados. Este novo sistema de informação da atenção à saúde, deve ser desenhado para sustentar dois grandes conjuntos de informação em saúde:

- Um deverá responder pela informação necessária ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações finais da atenção à saúde em todos os seus níveis de complexidade. Tais informações serão construídas com os registros essenciais da Atenção à Saúde que é a combinação de um conjunto de dados mínimos e essenciais relativos ao processo da atenção à saúde, que obedecem a padrões de representação, de tecnologia e de regras de captura e tratamento, válido para todo o território nacional.
- O outro conjunto de informações deverá responder à implementação de ações mais efetivas de Controle Assistencial, subsidiando o desenvolvimento: de ações de programação por estabelecimentos; de solicitações padronizadas; de autorizações mais adequadas à necessidade dos usuários nos níveis mais complexos da atenção; da supervisão ambulatorial e hospitalar; assim como o monitoramento e o processamento de dados de um determinado período para efeitos de pagamento da produção. O desenho do novo sistema de informação da atenção à saúde

deve prever e ser instrumento para que essas ações se dêem de modo articulado e integrado, em um contínuo que permita o acontecer de críticas de controle assistencial sem precedentes. Por se basear na captura de dados essenciais em todos níveis de atenção, incluindo o cadastro único e nacional do usuário, este novo sistema de informação da atenção à saúde permitirá mapear o fluxo da atenção de cada usuário na rede SUS. Ao mesmo tempo, o novo sistema de informação da atenção à saúde deve contemplar aberturas nos momentos de solicitação e de autorização, para poderem integrar-se com os Sistemas da Regulação do Acesso.

A informação, para além de uma miríade de subsistemas de informação que geram um amontoado de dados de pouco uso, deve se constituir num importante fomento para implementação das ações da Regulação da Atenção à Saúde.

Articular e integrar das ações da Regulação com a Política da Atenção à Saúde

A Política de Regulação, articulada e integrada à Política da Atenção à Saúde, deve cumprir sua parte para viabilizar as linhas de cuidado; em outras palavras, uma Política de Regulação pautada pelo cuidado integral deve implementar as ações meio que facilitem o acontecer das ações da atenção, estabelecendo em contratos de compromisso com os prestadores que as solicitações devem ser padronizadas; que as autorizações, realizadas de maneira desembaraçada e ágil, garantam a referência, que todos usuários referenciados – para a consulta, terapia ou exame – de

um nível de atenção ao outro, tenham assegurado o local, o profissional e o horário de atendimento, assim como o leito, na medida da complexidade/emergência do problema de saúde e da complexidade tecnológica da resposta exigida; que todos procedimentos executados sejam monitorados quanto à adequação, necessidade de procedimentos complementares, realização, qualidade e o justo custeio. Enfim, esta regulação deve articular uma série de ações meio que contribua para que o usuário possa percorrer um fluxo contínuo e respaldado por responsabilidades, nos diversos níveis de atenção, segundo suas necessidades de prevenção, recuperação ou ganhos de autonomia no seu modo de viver.

FINANCIAMENTO

Com relação ao financiamento, este deverá ser tripartite, portanto solidário entre a trina federativa, buscará contemplar o princípio da equidade e se fará, diversamente para custeio e investimento.

O horizonte da proposta de alteração no financiamento é construir um processo de alocação mais equitativo, que considere as diferenças locorregionais e as variáveis socioepidemiológicas.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE PÚBLICO

A participação social é princípio e diretriz fundamental do SUS, garantido pela Constituição Federal e legislação complementar. O controle social, conforme descrito na Lei n.º 8.142/90, é realizado pela ação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde e, em conjunto com as múltiplas modalidades de processos compartilhados de decisão é uma das possibilidades de participação da comunidade que qualifica e compõe a gestão participativa do SUS.

Num processo de pactuação da gestão no âmbito do SUS torna-se implícita a necessidade concomitante de um Pacto Social. Os gestores vão tomar decisões e assumir responsabilidades em nome das comunidades que legalmente representam por delegação, especialmente no que se refere à regionalização do sistema de saúde. Com a regionalização solidária e cooperativa os gestores vão referenciar usuários para procedimentos em outros municípios ou receberem referências de municípios vizinhos, em função da construção de responsabilidades sistêmicas em gestão. Evidentemente essas ações dos gestores terão grande impacto nos planejamentos locais e regionais de saúde e na cultura dos usuários do sistema.

O princípio federativo estabelecido pela Constituição Federal e a falta de uma instância regional institucionalizada torna imprescindível uma maior transparência na movimentação intermunicipal de recursos públicos e de usuários do SUS. Nesse contexto cresce a importância do Controle Social, por meio de fóruns ou colegiados regionais de conselheiros de saúde e exige o fortalecimento dos conselhos de saúde locais. Estes devem ser aprimorados e respeitados como instâncias deliberativas e estimulados a promoverem ações sinérgicas inclusivas com os diferentes movimentos sociais organizados.

Há ainda de se criar possibilidades de participação da comunidade na gestão das unidades de saúde criando Conselhos Gestores, estimulando assim o empoderamento da sociedade nestas ações.

MONITORAMENTO DO PACTO DE GESTÃO

A implantação do Pacto de Gestão deve se dar por meio de um amplo processo de mobilização dos gestores nas três esferas de governo, da sociedade e do controle social. Deve ser pactuada uma transição da atual situação para o contexto do Pacto de Gestão. O Termo de Compromisso deve ser refeito a cada dois anos.

O seu monitoramento é fundamental e deve se constituir em um processo permanente, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito e dos estados com relação aos municípios e da união com relação aos estados e municípios.

Este monitoramento deve ser orientado pelos indicadores e metas que compõe o Termo de Compromisso de cada um e que estão em construção num processo tripartite.

Nos municípios que não tiverem condições de assumir todas as responsabilidades de imediato, deve ser construído um cronograma pactuado, com os passos necessários a serem efetivados por ele e pelos demais entes para que possa ir assumindo plenamente as responsabilidades. Estes cronogramas de transição também devem ser monitorados.

O processo de monitoramento deve orientar ações de apoio para a qualificação do processo de gestão ou superação de alguma situação indesejável que seja detectada.

Quando o processo de apoio não for suficiente para resolver uma situação pode ser assinado um Termo de Ajuste de Conduta Sanitária, que descrevemos a seguir:

- O **Termo de Ajuste de Conduta Sanitária** pode ser celebrado: a União, com Estados, Distrito Federal e Municípios, e os Estados com os Municípios de seu território.
- O Termo de Ajuste de Conduta Sanitária é um instrumento formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde no qual são constituídas, mediante combinação, obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do Sistema.
- O Termo de Ajuste de Conduta Sanitária deve ser instruído com um plano de trabalho que preveja o detalhamento das ações a serem realizadas e das metas a serem alcançadas, com a indicação das fontes de financiamento e dos responsáveis por cada ação.
- O Termo de Ajuste de Conduta Sanitária deverá ser encaminhado ao conselho de saúde da esfera correspondente para acompanhamento.
- O Termo de Ajuste de Conduta Sanitária definirá a periodicidade do envio ao respectivo Conselho de Saúde de informações sobre a correção das impropriedades e do estágio de cumprimento das metas estabelecidas no plano de trabalho.
- O Termo de Ajuste de Conduta Sanitária poderá prever a co-gestão administrativa entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios para a execução conjunta do plano de trabalho do ajuste.
- A celebração de Termo de Ajuste de Conduta Sanitária torna as obrigações assumidas pelas partes líquidas e certas e contém a eficácia de título executivo extrajudicial.

ANEXOS

ANEXO A – ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA UNIÃO, DOS ESTADOS, DOS MUNICÍPIOS E DO DISTRITO FEDERAL (documento em elaboração)

Para subsidiar os Termos de Compromisso-

No tocante às responsabilidades atribuídas aos municípios:

- A expressão “Todo município deve” indica a obrigatoriedade do fazer/da competência a todo e qualquer município.
- 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.

RESPONSABILIDADE DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

1. Os gestores das três esferas são responsáveis solidários pela integralidade da atenção à saúde da população.
2. 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 operações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o Plano de Saúde submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
3. Elaborar Relatório de Gestão anual, a ser submetido à aprovação do Conselho de Saúde;
4. Desenvolver estudos com vistas à adoção de política

compensatória visando à equalização de recursos humanos descentralizados.

5. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, que deverão ser organizados em conformidade com as diretrizes legais de âmbito nacional e as leis específicas de cada esfera de governo.
6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
7. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferência de Saúde;
8. Formular e implementar políticas para as áreas prioritárias, conforme pactuação nas diferentes esferas de governo.

1. RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

I - MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL:

1. Todo município deve executar e fazer a gestão das ações de Atenção Básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
2. Todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, com território adscrito, viabilizando o planejamento, a programação e a atenção à saúde descentralizados;
3. Todo município deve ofertar os serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e fazer o acompanhamento da referência externa ao município ou ao Distrito Federal, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI;
4. Todo município deve pactuar a referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com

- o estado e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual.
5. 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 e social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência e reabilitação, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
 6. Todo município deve, com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos.
 7. Todo município deve **desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de regulação, planejamento, programação, monitoramento e avaliação.**
 8. Todo município deve definir a responsabilidade sanitária de cada serviço e equipe, promovendo um processo de territorialização, envolvendo cada serviço de saúde, com adscrição de clientela e explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo de cada equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento, com estímulo ao autocuidado dos indivíduos e famílias;
 9. Todo município deve **participar** junto ao estado e aos demais municípios da região, na configuração **da rede de atenção.**
 10. Todo município deve pactuar e organizar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da Atenção Básica, incluindo os povos indígenas, por meio dos processos de integração e ar-

ticulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema com base no processo da Programação Pactuada e Integrada da Atenção;

11. Todo município deve **assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica**, próprias e as transferidas pelo estado ou pela União, considerando a particularidade na atenção à saúde da população indígena.
12. 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;
13. Todo município que dispõe de serviços de referência intermunicipal, deve garantir essas referências de acordo com a PPI;
14. Todo município deve, onde houver comunidades indígenas, co-gerir e co-executar, nos municípios as ações de atenção básica dirigidas a esses povos.
15. Todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, incluindo posto de coleta laboratorial de acordo com as normas técnicas vigentes;
16. 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 e promovendo seu uso racional;
17. Todo município deve desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida;

18. 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;
19. Organizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos de interesse da vigilância sanitária;
20. Todo município deve assumir a gestão e execução das ações do Programa Nacional de Imunização realizadas no âmbito local;
21. Todo município deve assumir a coleta de amostras de água para consumo humano e envio para laboratórios de referência;
22. Todo município deve assumir a execução das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores incluindo sua captura e reservatórios e as ações de controle químico e biológico e de eliminação de criadouros, nos termos pactuados com os demais gestores, sendo responsabilidade de todos os municípios no que se refere ao Aedes;
23. Todo município deve realizar a notificação de Doenças de Notificação Compulsória, surtos e agravos inusitados, a investigação epidemiológica¹ dos casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas e realizar busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros existentes em seu território;
24. Todo município deve prover a realização de exames laboratoriais para controle de malária, nos municípios da Amazônia Legal, oferecendo tratamento compatível com o nível de complexidade do município;

25. Todo município deve realizar imunização de animais contra a raiva;
26. Todo município deve considerar e valorizar as práticas e saberes populares na organização e implementação das ações e serviços de saúde (a ser apreciado);
27. Todo município deve assumir a gestão de todas as unidades de saúde do seu território, devendo, as unidades sob gerência estadual e federal, compor a rede sob gestão municipal;
28. Executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade em vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as pactuações e normas vigentes;
29. Realizar inquéritos de fatores de risco;
30. Gerir laboratórios de saúde pública de âmbito municipal;
31. Executar procedimentos laboratoriais, referentes à rede de laboratórios de saúde pública, no seu âmbito e conforme as normas vigentes;
32. Monitorar a água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública;
33. Coordenar e executar as ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;
34. Realizar notificação, investigação e busca ativa de casos inusitados notificados, surtos e óbitos, conforme normas vigentes;
35. Realizar ações de controle químico e biológico de vetores e eliminação de criadouros;
36. Registrar, capturar, apreender e eliminar animais que apresentem riscos para a saúde humana.

II - ESTADOS

1. Coordenar, acompanhar, no âmbito estadual, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e seu Termo de Compromisso;
2. Apoiar os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor pleno da atenção à saúde dos seus munícipes;
3. 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;
4. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de regulação, planejamento, programação, monitoramento e avaliação;
5. Configurar o desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;
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. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações básicas de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes;
8. 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 e promovendo seu uso racional;

9. Organizar e cooperar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir das necessidades da Atenção Básica, incluindo os povos indígenas, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da Atenção;
10. Assumir, quando necessário, transitoriamente, 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 plena;
11. Executar algumas ações de Vigilância em Saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normalização específica;
12. Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
13. Acompanhar e avaliar a Atenção Básica no âmbito do seu território.
14. Apoiar financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
15. Considerar e valorizar as práticas e saberes populares na organização e implementação das ações e serviços de saúde (a ser apreciado);
16. Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade em vigilância em saúde, de acordo com as pactuações e normas vigentes;
17. Organizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos de interesse da vigilância sanitária;
18. Proceder investigação, complementar ou conjunta com os municípios, em situação de risco sanitário;

19. Apoiar técnica e financeiramente os municípios para execução das ações de média e alta complexidade em vigilância em saúde, de acordo com as normas vigentes;
20. Realizar inquéritos de fatores de risco;
21. Coordenar e gerir os laboratórios de saúde pública, nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde;
22. Executar procedimentos laboratoriais, referentes à rede de laboratórios de saúde pública, no seu âmbito e conforme as normas vigentes;
23. Monitorar, de forma complementar aos municípios, a água de consumo humano e contaminantes com importância em Saúde Pública;
24. Coordenar e executar, de forma complementar aos municípios, as ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;
25. Realizar notificação, investigação e busca ativa de casos inusitados notificados, surtos e óbitos, conforme normas vigentes;
26. Realizar, de forma complementar aos municípios, ações de controle químico e biológico de vetores e eliminação de criadouros;
27. Realizar, de forma complementar aos municípios, registro, captura, apreensão e eliminação de animais que apresentem riscos para a saúde humana.

III – UNIÃO

1. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e seu Termo de Compromisso;
2. Apoiar os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que o município e o estado assumam in-

tegralmente sua responsabilidade de gestor pleno da atenção à saúde.

3. Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional na gestão da Atenção Básica;
4. Exercer de forma pactuada as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da Atenção Básica no SUS;
5. Fazer o reconhecimento das necessidades da população para o âmbito nacional, em articulação com os estados e municípios e cooperar técnica e financeiramente com os estados e municípios, para que façam o mesmo nos seus territórios;
6. Desenvolver, um processo de regulação, planejamento, programação, monitoramento e avaliação, no seu âmbito, considerando a identificação de necessidades;
7. 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 e promovendo seu uso racional;
8. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir das necessidades da atenção básica, incluindo os povos indígenas.
9. Apoiar técnica e financeiramente os estados e municípios para que estes executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes;
10. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e

- controle da vigilância em saúde, que exigem ação articulada e simultânea entre os estados e municípios;
11. Considerar e valorizar as práticas e saberes populares na organização e implementação das ações e serviços de saúde (a ser apreciado)
 12. Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;
 13. Assumir, quando necessário, transitoriamente, 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 plena;
 14. Apoiar financeiramente os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
 15. Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade em vigilância em saúde, de acordo com as pactuações e normas vigentes;
 16. Apoiar técnica e financeiramente os estados e municípios para execução das ações de vigilância em saúde, de acordo com as normas vigentes;
 17. Realizar inquéritos de fatores de risco;
 18. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – RNLSP – nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde;
 19. Executar procedimentos laboratoriais, referentes à rede de laboratórios de saúde pública, no seu âmbito e conforme as normas vigentes;
 20. Coordenar, no âmbito nacional, as ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos
 21. Realizar notificação, investigação e busca ativa de ca-

sos inusitados notificados, surtos e óbitos, conforme normas vigentes.

2 – REGIONALIZAÇÃO

I – MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL:

1. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados nos fóruns de pactuação;
2. Participar do “espaço de pactuação regional”, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
3. Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada no “espaço de pactuação regional”;
4. Apoiar a constituição da regionalização disponibilizando de forma cooperativa os recursos (humanos, tecnológicos, financeiros), conforme pactuação.

II – ESTADOS

1. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados nos fóruns de pactuação;
2. Participar do “espaço de pactuação regional”, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
3. Coordenar a regionalização em seu estado, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;
4. Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;

5. Apoiar a constituição da regionalização disponibilizando de forma cooperativa os recursos (humanos, tecnológicos, financeiros), conforme pactuação;
6. Participar dos projetos prioritários da região de saúde, conforme definido nos planos de saúde e no plano regional de investimento.;

III – UNIÃO

1. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados nos fóruns de pactuação;
2. Propor e pactuar normas gerais sobre a regionalização;
3. 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;
4. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, destacando-se as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;
5. Apoiar a constituição da regionalização disponibilizando de forma cooperativa os recursos (humanos, tecnológicos, financeiros), conforme pactuação.

3 – PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

I – MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL:

1. Todo município deve formular a Política Municipal de Atenção Básica em consonância com o Plano Municipal de Saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, e submeter à aprovação do

- Conselho Municipal de Saúde;
2. 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) e Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e CNES e quando couber os sistemas: Sistema de informação Hospitalar (SHI) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
 3. Todo município deve assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no nível local;
 4. Todo município deve elaborar a programação da Atenção à saúde, incluído assistência e vigilância, em conformidade com o Plano Municipal de Saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção;
 5. Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

II – ESTADOS

1. Formular a Política Estadual de Atenção Básica em consonância com o Plano Estadual de Saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, submetendo à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
2. Coordenar e acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da Programação Pactuada e Integrada da

Atenção em Saúde, no âmbito estadual;

3. Elaborar Relatório de Gestão anual, a ser submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
4. Apoiar, acompanhar e consolidar, no âmbito estadual, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;
5. 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 sua responsabilidade.

III – UNIÃO

1. Formular e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite a Política Nacional de Atenção Básica, em consonância com o Plano Nacional de Saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, submetendo à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
2. Formular a Política Nacional à saúde dos povos indígenas no âmbito da atenção básica, e executar conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Funasa.
3. Coordenar, acompanhar e apoiar os estados na elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, no âmbito nacional;
4. Elaborar Relatório de Gestão anual, incluindo as ações da Atenção Básica, submetendo à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
5. Gerenciar, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas existentes;
6. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

4 – REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

I – MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL:

1. Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, realizando a co-gestão com estado e outros municípios, das referências intermunicipais. Por co-gestão entende-se o processo de planejamento, organização de fluxos, eleição dos procedimentos a serem regulados, definição de protocolos a serem adotados, definição de cotas e monitoramento do processo regulatório;
2. O município deve constituir um processo de co-gestão, com estado e outros municípios, da regulação de acesso aos serviços, quando se refere à referência intermunicipal;
3. Todo município deve adotar os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, de abrangência municipal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;
4. Adotar os protocolos de regulação de acesso, de abrangência municipal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;
5. Todo município deve controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
6. Executar o controle do acesso do seu município, aos leitos disponíveis e às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que podem ser feitos por meio de centrais de regulação;
7. Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme pactuação e normas vigentes;

8. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros recebidos automaticamente e por convênios;
9. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos prestadores contratados e conveniados, e a unidades municipais com orçamento próprio;
10. Executar a política nacional de contratação de serviços de saúde, contemplando padrões de contratos em conformidade com as leis de direito público e com o planejamento e programação da atenção;
11. Fiscalizar e monitorar os contratos efetuados com prestadores de serviços de saúde pelo gestor municipal;
12. Todo município deve realizar o cadastramento dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
13. 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.
14. Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios nacionais de habilitação de serviços pelos prestadores;
15. Estabelecer a programação físico-financeira por estabelecimento, visando a assegurar recursos, de forma sistemática, para a realização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais;
16. Executar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
17. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial;

18. Processar a produção, monitorar e revisar as faturas prévias, apresentadas pelo prestador, e preparar e realizar os pagamentos;
19. Todo município deve pactuar e avaliar indicadores e metas do Pacto de Gestão, que comporão o Termo de Compromisso; no Anexo 2 temos uma proposta preliminar de indicadores; (Explicitar neste item que este Pacto integra os demais pactos existentes – da AB, PPI VS, da mortalidade materna);
20. Todo município deve realizar avaliação permanente das condições de saúde e seus determinantes, e ações de monitoramento e avaliação da atenção básica;
21. Todo município deve monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas no seu município, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;
22. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, bem como a avaliação das ações;
23. Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores, verificação de padrões de conformidade, aplicação de questionários e entrevistas;
24. Implementar a Auditoria Assistencial sobre toda a produção de serviços de saúde sob sua gestão, pública e privada, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
25. Elaborar, implantar e implementar as ações de regulação, inclusive instrumentos e métodos, que fortaleçam a capacidade de gestão da área de epidemiologia, pre-

- venção e controle de doenças;
26. Acompanhar, por meio de indicadores epidemiológicos, operacionais e de processo, a implantação e implementação das políticas e ações de vigilância em saúde no âmbito municipal;
 27. Acompanhar e avaliar os procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal que realizam exames relacionados à saúde pública.

II – ESTADOS

1. 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;
2. Pactuar, no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas de abrangência estadual, complementares aos protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;
3. Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
4. Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em consonância com as centrais de regulação municipais;
5. Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às Urgências de acordo com a regionalização e conforme pactuação e normas vigentes;
6. Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais. Por co-gestão entende-se o processo de pla-

nejamento, organização de fluxos, eleição dos procedimentos a serem regulados, definição de protocolos a serem adotados, definição de cotas e monitoramento do processo regulatório;

7. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;
8. Implantar e operar os complexos reguladores de abrangência regional, em caráter complementar aos municípios enquanto estes não são gestores da atenção especializada localizada em seu território;
9. Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação, garantindo o acesso às referências pactuadas;
10. Apoiar o cadastramento dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
11. Coordenar e cooperar com os municípios no processo de cadastramento do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
12. 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;
13. Realizar o acompanhamento e controle das ações municipais de atenção básica, no território estadual;
14. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros recebidos automaticamente e por convênios;
15. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos automaticamente e por convênios aos fundos municipais, a unidades estaduais com orça-

- mento próprio e a prestadores por contratos de metas;
16. Monitorar o cumprimento pelos Municípios: da elaboração e execução dos Planos de Saúde, da elaboração dos relatórios de Gestão, da operação dos Fundos de Saúde, do funcionamento das instâncias de Controle Social, 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;
 17. Executar a política nacional de contratação de serviços de saúde, em caráter complementar aos municípios e em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
 18. Fiscalizar e monitorar os contratos efetuados com prestadores de serviços de saúde pelo gestor estadual;
 19. Coordenar a habilitação dos serviços de acordo com as Políticas de Atenção Especializada e com a regionalização;
 20. Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios nacionais de habilitação de serviços pelos prestadores de forma complementar aos municípios;
 21. Fiscalizar e monitorar o cumprimento pelos municípios da programação físico-financeira por estabelecimento;
 22. Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira por estabelecimento, de forma complementar aos municípios;
 23. Fiscalizar e monitorar o cumprimento pelos municípios das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
 24. Executar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de forma complementar aos municípios;

25. Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de supervisão hospitalar e ambulatorial, de forma complementar aos municípios;
26. Processar a produção, monitorar e revisar as faturas prévias, apresentadas por cada prestador e preparar e realizar os pagamentos, de forma complementar aos municípios;
27. Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais, por meio de roteiros de verificação e indicadores;
28. Auditar os consórcios intermunicipais de saúde;
29. Avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;
30. Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores, verificação de padrões de conformidade, aplicação de questionários e entrevistas, de forma complementar aos municípios;
31. Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção à saúde, nos municípios, respeitadas as competências municipais;
32. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, bem como a avaliação das ações;
33. Implementar a auditoria das ações previstas no Plano Estadual de Saúde;
34. Implementar, de forma complementar aos municípios, a Auditoria Assistencial sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, localizada nos municípios que ainda não efetivam estas ações de audi-

- toria e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
35. Normatizar, implantar e implementar as ações de regulação, inclusive instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão da área de epidemiologia, prevenção e controle de doenças;
 36. Proceder a normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;
 37. Acompanhar, por meio de indicadores epidemiológicos, operacionais e de processo, a implantação e implementação das políticas e ações de vigilância em saúde no âmbito regional e estadual;
 38. Coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RNLSP, nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnicos operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico), credenciamento e avaliação das unidades partícipes;
 39. Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública.

III – UNIÃO

1. Cooperar tecnicamente com os estados e municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
2. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos automaticamente e por convênios aos fundos estaduais e municipais, a unidades federais com orçamento próprio e a prestadores por contratos de metas;

3. Monitorar o cumprimento pelos Estados e Municípios: da elaboração e execução dos Planos de Saúde, da elaboração dos relatórios de Gestão, da operação dos Fundos de Saúde, do funcionamento das instâncias de Controle Social, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da Programação Pactuada e Integrada;
4. Definir a política nacional de contratação de serviços de saúde, contemplando padrões de contratos em conformidade com as leis de direito público;
5. Fiscalizar e monitorar os contratos efetuados com prestadores de serviços de saúde pelo gestor federal;
6. Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
7. Coordenar e cooperar com os estados e municípios no processo de cadastramento do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
8. Propor e pactuar os critérios de habilitação dos serviços de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;
9. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;
10. Definir, elaborar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;
11. Definir, elaborar e manter os Sistemas de Informação que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparar e realizar os pagamentos;

12. Estruturar a política nacional de regulação do acesso à assistência, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;
13. Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com estados e municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;
14. Pactuar, no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas de abrangência nacional;
15. Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;
16. Cooperar na implantação e implementação dos processos de co-gestão dos complexos reguladores;
17. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
18. Acompanhar, monitorar e avaliar a Atenção Básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do DF;
19. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, bem como a avaliação das ações.
20. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais, por meio de roteiros de verificação e indicadores.
21. Avaliar o desempenho das redes regionais e referências interestaduais;
22. Implementar a Auditoria de ações previstas no Plano Nacional de Saúde;
23. Normatizar, implantar e implementar as ações de regulação, inclusive instrumentos e métodos, que fortaleçam

- leçam a capacidade de gestão da área de epidemiologia, prevenção e controle de doenças;
24. Acompanhar, por meio de indicadores epidemiológicos, operacionais e de processo, a implantação e implementação das políticas e ações de vigilância em saúde no âmbito nacional;
 25. Coordenar a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – RNLSP, nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnicos operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes;
 26. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
 27. Supervisionar e controlar a execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde.

5 – TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

I – MUNICÍPIOS E 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, participando no seu financiamento;
2. Promover, em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;

3. Participar e contribuir com a organização e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, da sua localidade;
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. Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;
6. 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;
7. Incentivar junto à rede municipal de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;
8. Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, com os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
9. Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
10. 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;
11. 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;
12. Pactuar e implementar diretrizes para políticas de educação e 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.

II – ESTADOS

1. Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
2. Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
3. Participar, fomentar e cooperar com a constituição, organização e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde;
4. Articular o processo de vinculação dos municípios aos Pólos de Educação Permanente em Saúde, assegurando que todos os municípios tenham referência 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, com os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
9. Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;
10. 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;
11. 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;
12. 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;
13. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e 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.

III – UNIÃO

1. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;
2. Fomentar e apoiar a constituição e o funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, em cooperação com estados e municípios;

3. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
4. Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores do SUS na mesma direção;
5. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;
6. 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;
7. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde, contribuindo para as articulações intergestores e com as instâncias de controle social da saúde;
8. Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho com os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;
9. Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação permanente entre trabalhadores e gestores e contribuir com os gestores municipais e estaduais para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;
10. Adotar vínculos regulares para a inserção de trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão, promovendo ações de regularização de vínculos, onde for necessário;

11. Apoiar técnica e financeiramente gestores estaduais e municipais na promoção de vínculos regulares de inserção de trabalhadores nas suas esferas de gestão;
12. Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;
13. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS.

6 – FINANCIAMENTO

(Este ponto está subordinado à discussão geral do financiamento).

Deve-se buscar construir possibilidades de alocação de recursos que considerem a heterogeneidade dos municípios e estados.

I – MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL:

1. Todo município deve participar do financiamento tripartite.

II – ESTADOS

1. Participar do financiamento tripartite.

III – UNIÃO

1. Participar do financiamento tripartite.

7 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE PÚBLICO

I – MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL:

1. Garantir e estimular a organização e participação po-

pular e o controle social na gestão dos serviços, democratizando o conhecimento do processo saúde-doença e do sistema de saúde;

2. Criar condições para a implantação de Conselhos Gestores Locais/de serviços;
3. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional.

II – ESTADOS:

1. Garantir e estimular a participação da sociedade e o controle social no acompanhamento da gestão estadual da Atenção Básica;
2. Criar condições para a implantação de Conselhos Gestores Locais/de serviços;
3. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional.

III - UNIÃO

1. Garantir e estimular a participação da sociedade e o controle social no acompanhamento da gestão da Atenção Básica no SUS;
2. Criar condições para a implantação de Conselhos Gestores Locais/de serviços.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente 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 gratuitamente na página:

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



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)

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

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

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

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

Brasília – DF, julho de 2005

OS 0632/2005