

PORTARIA Nº 699/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006.

Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

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

Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram várias dimensões do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, necessitando de normatizações específicas para sua regulamentação;

Considerando que a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal são os documentos de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão;

Considerando que a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal substituem o atual processo de habilitação,

R E S O L V E:

Art. 1º Regulamentar a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

Art. 2º Estabelecer que as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo I), Estadual (Anexo II), do Distrito Federal (Anexo III), e Federal (Anexo IV).

§ 1º A unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007. Para o ano de 2006 continuam em separado o Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, com a pactuação no Termo de Compromisso de Gestão das metas do Pacto pela Vida e de alguns indicadores para orientar o monitoramento global dos Pactos.

§ 2º Nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal e Estadual podem ser acrescentadas outras metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.

§ 3º As metas nacionais servem de referência para a pactuação das metas municipais, estaduais e do DF, no que se refere às prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida.

§ 4º Deverá constar no verso dos documentos dos Termos de Compromisso de Gestão um glossário para facilitar sua compreensão.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão terá os seguintes Anexos, que ficam instituídos conforme respectivos modelos:

I - Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, quando couber – Anexo V;

II - A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal – Anexo VI;

III - O Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do DF – Anexo VII; e

IV - Relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

Art. 3º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

§ 1º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve conter as metas e um plano operativo do acordo.

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

§ 3º A transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, deverá ser feita conforme pactuação.

Art. 4º Estabelecer que a Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município.

Art. 5º Estabelecer que o Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes àquela unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco.

§ 1º No Termo do Limite Financeiro Global do Município, no que se refere ao Bloco da Média e Alta Complexidade, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada.

§ 2º Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do DF serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

§ 3º O Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual. Caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso.

Art. 6º Estabelecer que o Relatório de Indicadores de Monitoramento será gerado por um sistema informatizado, a ser implantado a partir de 2007, será um Anexo do Termo de Compromisso de Gestão.

Parágrafo único. Permanece em vigor, no ano de 2006, a pactuação de indicadores nos processos específicos do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, conforme disposto no § 1º do art. 2º, aos quais será acrescido um grupo de indicadores cuja pactuação dar-se-á no próprio instrumento do Termo de Compromisso de Gestão, não gerando assim o Relatório de Indicadores de Monitoramento, neste ano.

Art. 7º Estabelecer normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:

I - A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI;

II - A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e encaminhada ao MS para publicação; e

III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.

Art. 8º Estabelecer que a construção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal deve ser um processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos:

I - Gestores municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Municipal;

II - Gestores estadual e federal para o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e do DF;

III - Gestores federal, municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Federal;

IV - O Ministério da Saúde apoiará a negociação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, junto ao município e estado, quando solicitado;

V - Os gestores municipais devem acompanhar o processo de construção do Termo Estadual; e

VI - Os gestores municipais e estaduais devem acompanhar o processo de construção do Termo Federal.

§ 1º Os Municípios, Estados e DF que não apresentarem condições de assumir integralmente as responsabilidades atribuídas a todos no Termo de Compromisso de Gestão na data de sua assinatura devem pactuar um cronograma, parte integrante do referido Termo de Compromisso, com vistas a assumi-las. As outras responsabilidades atribuídas aos municípios serão pactuadas e estabelecido o cronograma, quando necessário.

§ 2º As ações necessárias para apoiar os municípios e/ou o estado para a consecução do cronograma referido no §1º, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser expressas nos respectivos Planos de Saúde;

§ 3º O Termo de Compromisso de Gestão Municipal deve ser construído em sintonia com o Plano Municipal de Saúde, em negociação com o estado e municípios da sua região de saúde.

§ 4º O Termo de Compromisso de Gestão Estadual deve ser construído em sintonia com o Plano Estadual de Saúde, em negociação com o gestor federal e representante dos gestores municipais de saúde, na CIB.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão do DF deve ser construído em sintonia com o seu Plano de Saúde, em negociação com o gestor federal.

§ 6º O Termo de Compromisso de Gestão Federal deve ser construído em sintonia com o Plano Nacional de Saúde, em negociação com representantes dos gestores estaduais e municipais, na CIT.

§ 7º Anualmente, no mês de março, serão revistas as metas, objetivos e indicadores dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal.

Art. 9º Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal:

I - Aprovação no Conselho Municipal de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo VIII), juntamente com o Extrato do Termo de Compromisso entre Entes Públicos (Anexo V), quando couber; a Declaração da CIB de Comando Único do

Gestor Municipal (Anexo VI), observada a pactuação estabelecida; o Termo do Limite Financeiro Global do Município (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - Após receber os documentos a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Municipal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 10. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual:

I - Aprovação no Conselho Estadual de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão Estadual (Anexo II), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do Estado (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - Após receber os documentos, a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 11. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal:

I - Aprovação no Conselho de Saúde do Distrito Federal.

II - Após aprovação no Conselho de Saúde do DF, a Secretaria de Saúde do DF encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão do DF (Anexo III), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do DF (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

III - Após receber os documentos, a CIT terá o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

IV - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item II para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 12. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Federal:

I - Aprovação no Conselho Nacional de Saúde; e

II - Encaminhamento do Termo de Compromisso de Gestão Federal (Anexo IV) para a CIT, que terá trinta dias para se posicionar;

Art. 13. Estabelecer as seguintes regras de transição:

I - As responsabilidades e prerrogativas de estados e municípios, habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 96 e pela NOAS SUS 01/2002, ficam mantidas até à assinatura do respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

II - Os processos de habilitação de municípios conforme a NOAS SUS 01/2002 que já tenham sido pactuados nas respectivas CIB até à data de publicação desta portaria, poderão ser homologados pela CIT;

III - Os estados, Distrito Federal e municípios deverão assinar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão até nove meses após a publicação desta portaria;

IV - Apenas os estados, o Distrito Federal e os municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste Pacto, tais como recursos para a gestão e regulação e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas. O MS poderá propor à CIT outros incentivos para os estados, Distrito Federal e municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão; e

V - Após o término do prazo será feita uma avaliação tripartite, pela CIT, sobre a situação dos estados e municípios que não assinaram o Termo de Compromisso de Gestão no prazo estabelecido.

Art. 14. O processo de monitoramento do Pacto deverá seguir as seguintes diretrizes:

I - Ser um processo permanente no âmbito de cada esfera de governo, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

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

III - Monitorar os cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão; e

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

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

Art. 15. Definir regras e fluxos para os processos de recursos dos estados e municípios:

I - Definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos

operacionais de implantação das normas do SUS, são a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§ 1º Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

§ 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de municípios:

I - Em caso de discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

III - A CIB e a CIT deverão observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário; e

IV - Transcorrido o prazo mencionado no inciso III e sem a apreciação do recurso, os municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

§ 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de estados:

I - Os estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído; e

II - Em caso de discordância em relação à decisão da CIT, os estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT; e

III - A CIT deverá observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 4º A Câmara Técnica da CIT convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao plenário da CIT.

§ 5º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica da CIT até 10 (dez) dias antes da reunião da CIT, para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 6º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido nesta Portaria para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

§ 7º As entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas CIB visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.

Art. 16. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17. Fica revogada a Portaria nº 1734/GM, de 19 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 162, de 23 de agosto de 2004, seção 1, página 34.

SARAIVA FELIPE

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Municipal de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Municipal de XX, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente alguma responsabilidade constante deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o município passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda", "Prazo para realizar" e "Não se aplica".

§ 2º Os itens que iniciam com a expressão "Todo município deve" indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município, não sendo possível a utilização da opção "Não se aplica".

§ 3º Nos itens que não iniciam com a expressão "Todo município deve", a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

§ 4º A opção "Não se aplica" deve ser marcada para as situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permita a realização de uma dada responsabilidade ou em situação previamente pactuada.

§ 5º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS que devem orientar as ações de todo município.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
1.1 Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;				
1.2 Todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:				
a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e				

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
agravos;				
b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;				
1.3 Todo município deve promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;				
1.4 Todo município deve participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;				
1.5 Todo município deve assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;				
1.6 Todo município deve assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando:				
a) as unidades próprias e				
b) as transferidas pelo estado ou pela união;				
1.7 Todo município deve, com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;				
1.8 Todo município deve desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:				
a) planejamento,				
b) regulação,				
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,				
d) monitoramento e avaliação;				
1.9 Todo município deve formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;				
1.10 Todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:				
a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território,				
b) desenhando a rede de atenção à saúde				
c) e promovendo a humanização do atendimento;				
1.11 Todo município deve organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.12 Todo município deve pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.13 Todo município que dispõe de serviços de referência intermunicipal, deve garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.14 Todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;				

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
1.15 Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.16 Todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de:				
a) vigilância epidemiológica,				
b) vigilância sanitária e				
c) vigilância ambiental;				
1.17 Todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.				

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

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

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

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

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

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

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA

articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

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

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

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

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

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

5.4 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;

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

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1 Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

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

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

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA

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

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA

7 – RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1 Todo município deve apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

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

7.3 Todo município deve organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;

7.4 Todo município deve estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

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

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

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, pactuado de forma tripartite, a ser implementado em cada município.

§ 1º Quando não for possível quantificar a meta de um dado objetivo, não será necessário o preenchimento respectivo no quadro de metas.

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
1. Saúde do idoso	I. Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	II. Implantar Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	III. Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.		
	IV. Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde.		
	V. Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.		
	VI. Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.		
	VII. Instituir a atenção domiciliar ao idoso.		
2. Controle do câncer do colo do útero e da mama	I. Desenvolver meios, em parceria com o estado, para incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório.		
	II. Ampliar a cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80%	
	III. Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer da mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	60%	
	IV. Garantir a realização da punção para os casos necessários, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	100%	
3. Redução da mortalidade infantil e materna	I. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.		
	II. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e/ou CIT.		
	III. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, quando couber.		
	IV. Reduzir a mortalidade neonatal.	5%	
	V. Reduzir os óbitos infantis por doença diarreica.	50%	
	VI. Reduzir os óbitos infantis por pneumonia.	20%	
	VII. Criar comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%	
	VIII. Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%	

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	I. Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários.	100%	
	II. Reduzir a < 1% a infestação predial por Aedes aegypti nos municípios prioritários.	< 1%	
	III. Eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários.	eliminar	
	IV. Curar casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.	85%	
	V. Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.	15%	
	VI. Implantar o plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE pelas capitais.	100%	
5. Promoção da saúde	I. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.		
	II. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;		
	III. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;		
	IV. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;		

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
6. Fortalecimento da Atenção Básica	I. Assumir a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.		
	II. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.		
	III. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.		
	IV. Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.		
	V. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.		
	VI. Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS		
	VII. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.		
	VIII. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.		
	IX. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.		
7. Regulação da atenção e regulação assistencial	I. Contratualizar os prestadores de serviços sob sua gestão;	100%	
	II. Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados;	100%	
	III. Extinguir o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.	100%	

CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.

Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

Quadro 1 – Pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a saúde) / Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	SIOPS	PACTO PELA SAÚDE	Percentuais definidos na EC 29		
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPPI)	PACTO PELA SAÚDE			(*) UF que não usam o SISPPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100	PDR/SES	PACTO PELA SAÚDE			
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da	PACTO PELA SAÚDE			*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
básico do Conselho de Saúde		Saúde/SEGEPI em parceria com a ENSP-FIOCRUZ.				Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

Quadro 2 – Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cervico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	SISCAM	Pacto AB	10%	
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUS IBGE	Pacto AB	1,5 / habitante ano	

Quadro 3 – Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	PPI VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina	SIAPI / IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100				uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Município ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Municipal de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

Secretário Municipal de Saúde de XX

ANEXO II

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO ESTADUAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Estadual de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera estadual na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Estadual de XX, por intermédio de sua Secretaria Estadual de Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Estadual, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor estadual e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o estado passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Estadual de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS ESTADOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do estado, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda" e "Prazo para realizar".

§ 2º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, o item 1.1 não é passível de pactuação, visto expressar princípio doutrinário do SUS, devendo orientar as ações de todos os estados.

- 1.17 Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
- 1.18 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- 1.19 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
- 1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- 1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR

3 – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR

- 5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- 5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;
- 5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;
- 5.4 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;
- 5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;
- 5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR

7 – RESAPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR

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

REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, pactuado de forma tripartite, a ser implementado em cada estado.

§ 1º. Quando não for possível quantificar a meta de um dado objetivo, não será necessário o preenchimento respectivo no quadro de metas.

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
I - Saúde do idoso	I - Estimular a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme a sua disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	II - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso.		
	III - Estimular a implantação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, conforme a sua disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	IV - Apoiar os municípios para a reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, assim como estabelecer estratégias para o acolhimento à pessoa idosa nas unidades estaduais;		
	V - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica à saúde.		
	VI - Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.		
	VII - Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.		
	VIII - Apoiar os municípios na instituição da atenção domiciliar ao idoso.		

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
II - Controle do câncer do colo do útero e da mama	I - Apoiar os municípios e promover meios para a realização de exames preventivos do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80%	
	II - Desenvolver capacitação e estabelecer meios em parceria com os municípios para incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório.		
	III - Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	60%	
	IV - Apoiar os municípios e realizar, quando couber, a punção nos casos necessários, de acordo com o protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	100%	
III - Redução da mortalidade infantil e materna	I - Identificar, definir e realizar ações objetivando reduzir a mortalidade neonatal.	5%	
	II - Reduzir os óbitos infantis por doença diarreica.	50%	
	III - Reduzir os óbitos infantis por pneumonia.	20%	
	IV - Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.		
	V - Estimular a criação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%	
	VI - Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%	
	VII Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e ou CIT.		
	VIII - Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.		
IV - Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	I - Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários.	100%	
	II - Reduzir a < 1% a infestação predial por Aedes aegypti nos municípios prioritários.	30%	
	III - Apoiar os municípios e implantar ações para a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários.	100%	
	IV - Apoiar os municípios e implantar ações para a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.	85%	
	V - Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.	15%	
	VI - Implantar do plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE nos estados e capitais.	100%	

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
i Promoção da saúde	I - Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.		II
	IV - Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.	III	IV
	VII - Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.	V	VI
	X - Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável.	VII	VIII
xiv - Fortalecimento da Atenção Básica	XIII - Estimular e apoiar os municípios a assumirem a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.	IX	X
	XVI - Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.	XI	XII
	XIX - Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.	XIII	XIV
	XXII - Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.	XV	XVI
	XXV - Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;	XVII	XVIII
	XVIII - Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.	XIX	XX
	XXXI - Incentivar os municípios a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.	XXI	XXII
	XXIV - Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.	XXIII	XXIV
	XXVI - Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.	XXV	XXVI
xlii - VII - Regulação da atenção e regulação assistencial	XL - Contratualizar os prestadores de serviços, sob sua gestão.	XXVII - 100%	XXVIII
	XLIII - Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados.	XXIX - 100%	XXX
	XLVI - Extinguir o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.	XXXI - 100%	XXXII

CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais. Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

Quadro 1 – Pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a saúde) / Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	SIOPS	PACTO SAÚDE PELA	Percentuais definidos na EC 29		
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPI)	PACTO SAÚDE PELA			(*) UF que não usam o SISPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO SAÚDE PELA	100%		
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS	PACTO SAÚDE PELA	100%		
Percentual de constituição de Colegiados de gestão	Número de Colegiado Regional implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x	PDR/SES	PACTO SAÚDE PELA			

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
regional	100					
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEP em parceria com a ENSP-FIOCRUZ.	PACTO PELA SAÚDE			*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

Quadro 2 – Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cervico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	SISCAM	Pacto AB	10%	
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUS / IBGE	Pacto AB	1,5 / habitante ano	

Quadro 3 – Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	PPI VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI / IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*). Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente. E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Estadual de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data

Secretário Estadual de Saúde de XX

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma o Ministério da Saúde, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, com o objetivo de formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, inscrito no CNPJ sob n.º XX, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º As ações necessárias para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Nacional de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DA UNIÃO

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização; 3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

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

1.2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.16. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

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

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

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

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

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

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

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

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

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

3 – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

4 – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

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

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

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

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

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

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

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

4.8. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

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

- 4.10. Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;
- 4.11. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
- 4.12. Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;
- 4.13. Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;
- 4.14. Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;
- 4.15. Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- 4.16. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- 4.17. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- 4.18. Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;
- 4.19. Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;
- 4.20. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais;

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

- 5.1. Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;
- 5.2. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;
- 5.3. Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;
- 5.4. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;
- 5.5. Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;
- 5.6. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

- 6.1. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;
- 6.2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;
- 6.3. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- 6.4. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;
- 6.5. Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

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

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, a ser implementado para o alcance das metas pactuadas.

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006
Saúde do idoso	Disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.	
	Disponibilizar Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa.	
	Apoiar estados e municípios na reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.	
	Apoiar estados e municípios na implementação do programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde.	
	Apoiar estados e municípios para qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.	
	Apoiar estados e municípios na instituição da avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.	
	Apoiar estados e municípios na instituição da atenção domiciliar ao idoso.	
Controle do câncer do colo do útero e da mama	Apoiar os estados e municípios na realização de exames preventivos do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80%
	Incentivar a realização da cirurgia de alta frequência em ambulatório	
	Apoiar estados e municípios na ampliação da cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	60%
	Apoiar os estados e municípios para a realização de punção para os casos necessários, de acordo com o protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	100%
Redução da mortalidade infantil e materna	Reduzir a mortalidade neonatal.	5%
	Reduzir os óbitos por doença diarreica.	50%
	Reduzir os óbitos por pneumonia.	20%
	Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.	
	Apoiar estados e municípios na implantação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%
	Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%
	Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.	
	Apoiar estados e municípios na qualificação dos pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.	

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006
Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários.	100%
	Reduzir a < 1% a infestação predial por <i>Aedes aegypti</i> nos municípios prioritários.	30%
	Apoiar os estados e municípios na implantação de ações para a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários.	100%
	Apoiar os estados e municípios na implantação de ações para a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.	85%
	Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.	15%
	Implantar o plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE nos estados e capitais.	100%
Promoção da saúde	Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.	
	Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;	
	Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;	
	Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;	
Fortalecimento da atenção básica	Estimular e apoiar estados e municípios a assumirem a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.	
	Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.	
	Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.	
	Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.	
	Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.	
	Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.	
	Incentivar os municípios a aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.	
	Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.	
	Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.	

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006
Regulação da atenção e regulação assistencial	Apoiar os municípios e estados na contratualização dos prestadores de serviços;	100%
	Apoiar os municípios e estados na regulação dos leitos e serviços ambulatoriais contratualizados;	100%
	Apoiar os municípios e estados na extinção do pagamento dos serviços de profissionais médicos por meio do código 7.	100%

CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.

Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

Quadro 1 – Pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Valor apurado / valor mínimo	SPO	PACTO PELA SAÚDE	Igual ou maior 1	O cálculo da União não possui percentual de receita definido, de acordo com o Art. 6 da EC 29, como ocorre para os estados e os municípios. O valor anual a ser aplicado é calculado com base no "valor apurado no ano anterior", corrigido pela variação nominal do PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária. A variação nominal é o valor real + a variação de preço. O valor apurado no ano anterior é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde ou o valor mínimo, o que for maior.
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPPI)	PACTO PELA SAÚDE		(*) UF que não usam o SISPPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS,	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%	

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	grupo específico por local de residência x 100				
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%	
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100	PDR/SES	PACTO PELA SAÚDE		
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS	PACTO PELA SAÚDE		Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEPI em parceria com a ENSP-FIOCRUZ	PACTO PELA SAÚDE		*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

Quadro 2 – Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cérvico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	SISCAM	Pacto AB	10%	
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUS IBGE	Pacto AB	1,5 / habitante ano	

Quadro 3 – Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	PPI VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI / IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de <i>Aedes aegypti</i>	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB / Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo de Compromisso de Gestão serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo será publicado no Diário Oficial da União.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Ministro de Estado da Saúde firma o presente Termo de Compromisso de Gestão.

Local e Data

Ministro da Saúde

ANEXO V

EXTRATO DO TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS

Município _____

Estado _____

No que diz respeito às unidades de saúde sob gerência de outro nível de governo, abaixo relacionadas, o município celebrou o TERMO DE COOPERAÇÃO com o ente gerente da unidade e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao fundo designado na planilha abaixo o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos:

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Número do Termo	Data de Publicação do Extrato do Termo no DOU	Valor mensal	Fundo para o repasse dos recursos (municipal, estadual ou unidade universitária federal)

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO GESTOR ESTADUAL/FEDERAL]

ANEXO VI

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], que teve seu Termo de Compromisso de Gestão pactuado nesta CIB, assumiu a gestão dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores, observado o estabelecido abaixo:

Para as unidades listadas abaixo, que o município não assumiu ainda a gestão, fica pactuado o seguinte cronograma:

Nome da Unidade	CGC	Prazo

Conforme pactuação, as unidades listadas a seguir ficam sob a gestão do estado:

Nome da Unidade	CGC

Desta forma, o referido município, tem condições para assumir as responsabilidades pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão que foram devidamente analisadas e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL]

ANEXO VII-a

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Código _____
 Município _____ UF _____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*	RECURSO ESTADUAL DE CUSTEIO	RECURSO MUNICIPAL DE CUSTEIO
PAB ASSISTENCIA	Componente fixo (a)			
	Componente Variável (b)			
MAC ASSISTENCIA	Total População Própria (c)			
	Total População Referenciada (d)			
	Outros recursos e ajustes (e)			
	Total da PPI Assistencial (f)	c + d + e		
	Recursos transferidos ao Fundo Estadual (g)			
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (h)			
	Recursos alocados em outras UF (i)			
	Total MAC alocado no FMS (j)			
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (k)			
	Componente estratégico (l)			
	Componente excepcional (m)			
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (n)			
	Vigilância Sanitária (o)			
GESTÃO	(p)			
TOTAL		a+b+j+k+l+m+n+o+p **		

* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

**Valor a ser transferido do FNS ao FMS

**ANEXO VII-b
TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO ESTADO**

Código _____
Estado _____ UF _____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL *

** PAB ASSISTENCIA		
MAC ASSISTENCIA	Limites referentes aos recursos programados na SES (a)	
	Valores a receber referentes a unidades sob gestão estadual (b)	
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (c)	
	Recursos alocados em outras UF (d)	
	Total MAC alocado no FES (e)	a+b-c-d
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (f)	
	Componente estratégico (g)	
	Componente excepcional (h)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (i)	
	Vigilância Sanitária (j)	
GESTÃO	(k)	
TOTAL FES		e+f+g+h+i+j+k

* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

** A ser utilizado em situações excepcionais.

ANEXO VIII

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS

I – IDENTIFICAÇÃO

Município _____ UF _____
Prefeito Municipal _____
Secretário Municipal da Saúde _____
Endereço da SMS _____
CEP _____ Tel. () _____ Fax () _____
E-mail: _____

II – DISPOSIÇÃO GERAL

O gestor municipal se compromete com o conjunto das responsabilidades sanitárias dispostas no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, inclusive aquelas referidas no artigo 4 da Lei 8142, sendo destacadas no quadro abaixo aquelas para as quais foi pactuado cronograma e as que não se aplicam à gestão do SUS neste município.

EIXO	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS			
REGIONALIZAÇÃO			
PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO			
REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA			
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL			
GESTÃO DO TRABALHO			
EDUCAÇÃO NA SAÚDE			

III - APROVAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E NA CIB

Aprovado na Reunião do CMS de / / Deliberação n.º , de / /

Homologado na Reunião da CIB de / /

Nome SMS: _____

Ass.: _____

Nome SES: _____

Ass.: _____

Anexo IX

Para possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão, são consideradas as seguintes definições:

1. Gestão

Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras.

2. Gerência

Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde.

3. Atenção à Saúde

Engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos a saber:

- a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros);

4. Co-gestão no Processo Regulatório

Relação intergestora que permite e articulação e integração dos dispositivos de Regulação de Acesso (centrais de internação, centrais de consultas especializadas e exames, protocolos assistenciais) com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde (contratação, controle assistencial e avaliação) assim como com outras funções da Gestão (programação e regionalização).

5. Vigilância em Saúde

Neste Termo quando se escreve vigilância em saúde, estão contemplados os componentes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

6. Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

Neste Termo programação em saúde compreende, no seu escopo, os processos de programação da assistência à saúde e da vigilância em saúde, podendo, no termo, ser enfatizado um desses processos.

7. Política de Reposição da Força de Trabalho Descentralizada

Conjunto de ações e diretrizes que visam superar questões decorrentes da descentralização da força de trabalho no Sistema Único de Saúde, como a reposição de pessoal e remuneração.

8. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Transferência de recursos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, independente de convênio e segundo o atendimento de critérios pré-estabelecidos para o credenciamento dos Estados e Municípios a essa prerrogativa.

9. Ouvidoria

Canais democráticos que permitem disseminar informações e receber manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas às suas manifestações.

10 Auditoria Assistencial

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

11. Avaliar

Conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal, etc.). Consiste em atribuir um valor ao encontrado, o grau de alcance dos resultados, a partir do esperado. Avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, ou seja, auxiliar a qualificação do processo de gestão.

Assim, trata-se da análise da estrutura, dos processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde.

12. Fiscalizar

Submeter a atenta vigilância, sindicatar, examinar, verificar. A fiscalização confere ao fiscalizador poder de polícia ou de lavrar autos de infração com base em determinada legislação vigente.

13. Monitorar

Conjunto de ações de acompanhamento de um determinado plano, programa, atividade, ação ou processo. O monitoramento sempre está baseado num conjunto de informações e indicadores que, pré-definidos, dão a dimensão da ação que vem sendo implementada, apontando os indicativos de correção de rumos.

14. Normatizar

Estabelecer normas para o funcionamento de uma organização ou sistema; submeter às normas o funcionamento de alguma estrutura. Mesmo que normalizar.

15. Credenciar

Conferir credenciais, poderes ou crédito; qualificar alguém, alguma estrutura ou serviço. No âmbito do Pacto, expressa a qualificação de um serviço para atuar como tal, a partir do atendimento de um regulamento técnico.

16. Contratar

Fazer contrato, negociar, combinar, ajustar, convencionar, definir. O contrato é um termo jurídico que regula a relação entre entes públicos e/ou privados. Processo por meio do qual estabelecimentos e serviços privados de saúde passam a integrar a rede do SUS.